

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

# **Diplomová práce**

**Bc. Ivana Goláňová**

**Kognitivní funkce u depresivních pacientů v interkulturním  
kontextu**

**Cognitive Functions in Depressive Patients in Intercultural  
Context**

**Funciones Cognitivas en Pacientes Depresivos dentro de un  
Contexto Intercultural**

Na této stránce bych chtěla poděkovat všem, kteří přispěli k dokončení uváděné práce. Poděkování patří výzkumnému týmu Analyticko-ruminační hypotézy Národního ústavu duševního zdraví za možnost využití dat týmu doc. PhDr. Marka Preisse, PhD., především pak Mgr. Magdě Bartoškové, Mgr. Marcele Ševčíkové a Mgr. Martinovi Pastrnákově za odborné konzultace ohledně problematiky. Poděkování patří ředitelce Klinické psychologie a psychologie zdraví na Technologickém institutu v Monterrey Lic. Graciele Medině Aguilar, která umožnila moji interkulturní zkušenost v Mexiku a plně podporovala můj výzkum. Velkou zásluhu na kontaktování výzkumného vzorku má Dra. Marytza Leal Isidro, vedoucí mé stáže na soukromé klinice Ipsame. Pomoc při adaptaci výzkumných metod patří studentům Klinické psychologie a psychologie zdraví na Technologickém institutu v Monterrey. Za zpětný překlad metod vděčím MA. Zuzaně Slabákové. Velkou zásluhu na výzkumném vzorku mají také psycholožky z organizace Ingenium, které umožnily sběr větší šíře výzkumného vzorku, ale především využitím výsledků práce v běžné praxi pro edukaci pacientů. Díky patří také Mgr. Jiřímu Lukavskému, Ph.D. za ochotu konzultovat na dálku. V neposlední řadě chci poděkovat také vedoucí práce Mgr. Markétě Niederlové, Ph.D. za umožnění výzkumné práce v interkulturním prostředí a odborné konzultace. Za redakci textu patří dík Mgr. Michaela Vašutové a mým rodičům, Bc. Jitce Goláňové a Ing. Milanovi Goláňovi, kteří mě podporovali při celém mém studiu.

Data z NÚDZ jsou výsledkem badatelské činnosti podpořené Grantovou agenturou České republiky, reg. č. GA17-09489S a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

Data sebraná za podpory dvou výše uvedených projektů jsou výhradním vlastnictvím NÚDZ.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Cancúnu dne 18. června 2018*

.....

*Bc. Ivana Goláňová*

**Abstrakt:**

Depresivní onemocnění je nejrozšířenějším psychickým onemocněním a má na svědomí invaliditu velkého množství osob. Toto onemocnění však není jen patologickou změnou nálady. Současné výzkumy ukazují, že ruku v ruce s depresí může jít i kognitivní deficit, tedy narušení optimálního fungování poznávacích funkcí jedince. Tento deficit pak může způsobovat prohlubování jak nemoci tak pacientovy neschopnosti v pracovním i osobním životě.

Předkládaná práce čtenáři přiblíží onemocnění, příčiny jeho vzniku a způsoby, jakými se v současné době deprese a kognitivní deficit léčí. Jelikož je výzkumná práce uskutečněna v interkulturním kontextu, jsou čtenáři na pozadí aktuálních teorií přiblíženy kulturní koreláty, ve kterých výzkum probíhá, a to Česká republika a Mexiko.

Výzkumná část pojednává o kognitivním deficitu u depresivních osob na pozadí zmíněných kultur. Do souvislosti je dávana hloubka depresivního onemocnění s výsledky v neuropsychologických testech, ale také s mírou ruminace, kterou pacienti projevují. Výsledky neprokázaly významnější rozdíl mezi kulturami, avšak poukazují na deficit v kognitivních funkcích depresivních pacientů.

**Klíčová slova:**

deprese

kognitivní funkce

kognitivní deficit

ruminace

mezikulturní srovnání

Mexiko

Česká republika

**Abstract:**

Depressive disorder is the most widespread psychological illness and is responsible for the disability of many. However, this disease is not only a pathological change of mood, current research shows that depression can also be connected with a cognitive impairment, a pathological changes in optimal functioning. This impairment can not only deepen the illness but as well worsen work and personal life of a patient.

This paper aims on presenting the basics of the disease, its causes, and the ways in which depression and cognitive deficits are currently treated. Since the research is carried out in an intercultural context, the studied cultures of the Czech Republic and Mexico are presented in the context of current theories.

The intercultural research examines the cognitive deficit of depressed patients. The results of depth of depression, neuropsychological tests, and tests evaluating rumination are compared interculturally. There were no important statistically significant differences found between the two cultures. On the other hand, the results show some impairment in cognitive functioning in depressive patients.

**Keywords:**

depression

cognitive functions

cognitive impairment

ruminations

intercultural comparison study

Mexico

Czech republic

**Resumen:**

El trastorno depresivo es el trastorno psicológico el más común mundialmente y causa discapacidad en muchos. Sin embargo, esta enfermedad no es solo un cambio patológico de estado de ánimo. Los estudios recientes demuestran comorbilidad de depresión con un déficit cognitivo, un cambio patológico en funcionamiento óptimo. Este déficit puede profundizar el trastorno depresivo pero también empeorar el funcionamiento del paciente en la vida en el entorno laboral y familiar.

El estudio actual tiene como objetivo describir la enfermedad, sus causas y las formas en que la depresión y los déficits cognitivos se están tratando actualmente. Dado que la investigación se lleva a cabo en un contexto intercultural, la República Checa y México, siendo estas las dos culturas analizadas que se presentan en el contexto de las teorías actuales.

La investigación se enfoca en el déficit cognitivo de las personas deprimidas. Los resultados de las escalas que evalúan profundidad de la depresión, las pruebas neuropsicológicas y las pruebas de rumiación se comparan interculturalmente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos culturas. Por otro lado, los resultados muestran algún deterioro en el funcionamiento cognitivo en pacientes depresivos.

**Palabras claves:**

depresión

funciones cognitivas

déficit cognitivo

rumiaciones

estudio comparativo intercultural

México

República Checa

# Obsah

Obsah.....	7
Seznam použitých zkratk.....	11
ÚVOD.....	13
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Deprese.....	16
1.1 Diagnostická kritéria.....	17
1.1.1 Depresivní nálada.....	17
1.1.2 Ztráta zájmu a radosti.....	17
1.1.3 Poruchy chuti k jídlu.....	18
1.1.4 Poruchy spánku.....	18
1.1.5 Změny v psychomotorickém tempu.....	18
1.1.6 Ztráta energie.....	19
1.1.7 Pesimismus a pocity viny.....	19
1.1.8 Změny v kognitivních funkcích.....	19
1.1.9 Sebevražedné myšlenky či jednání.....	19
1.2 Diagnostika.....	20
1.2.1 Diagnostické nástroje.....	21
1.2.2 Diferenciální diagnostika.....	22
1.3 Příčiny vzniku.....	22
1.3.1 Biologické a genetické faktory.....	23
1.3.2 Psychosociální faktory.....	24
1.4 Léčba.....	25
1.4.1 Farmakoterapie.....	26

1.4.2	Alternativní biologická terapie.....	27
1.4.3	Psychoterapie.....	28
2	Kognitivní deficit u deprese.....	31
2.1	Projevy kognitivního deficitu a diagnostika.....	32
2.1.1	Pozornost.....	33
2.1.2	Paměť.....	34
2.1.3	Exekutivní funkce.....	36
2.1.4	Styly myšlení spojené s depresí.....	37
2.2	Příčiny kognitivního deficitu.....	38
2.2.1	Hypotézy „trait“, „state“ a „scar“.....	38
2.2.2	Analyticko ruminační hypotéza.....	40
2.2.3	Klinické faktory.....	41
2.3	Léčba.....	42
3	Kulturní kontext.....	45
3.1	Hofstedeho kulturní dimenze hodnot.....	45
3.1.1	Vzdálenost od moci.....	46
3.1.2	Individualismus, kolektivismus.....	47
3.1.3	Maskulinita, femininita.....	48
3.1.4	Vyhýbání se nejistotě.....	49
3.1.5	Dlouhodobá orientace.....	49
3.1.6	Požitkářství, zdrženlivost.....	50
3.2	V co věří Mexičané.....	50
3.3	Diskuze ke kulturním rozdílům.....	52
3.4	Depresivita v kulturním kontextu.....	53
3.5	Kognice v kulturním kontextu.....	54
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	55
4	Úvod k výzkumné části.....	56
5	Využité metody.....	57
5.1	Psychiatrické testy.....	57
5.1.1	Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese (MADRS). 57	



5.1.2 Beckova sebesuzovací škála depresivity (BDI-II).....	58
5.1.3 Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview (M.I.N.I.).....	58
5.2 Kognitivní testy neuropsychologické.....	59
5.2.1 Paměťový test verbálního učení (RAVLT).....	59
5.2.2 Test cesty (TMT A/B).....	61
5.3 Kognitivní testy ruminace.....	62
5.3.1 Dotazník analytické ruminace (ARQ).....	62
5.3.2 Dotazník vnímané složitosti problémů (PCQ).....	62
5.4 Interference.....	63
5.4.1 Expresivní psaní.....	63
6 Výzkumný design.....	64
6.1 Využité metody.....	64
6.2 Výzkumný vzorek a sběr dat.....	65
6.2.1 Český vzorek.....	65
6.2.2 Mexický vzorek.....	66
6.3 Výzkumné hypotézy.....	68
6.3.1 Deprese a kognice ve dvou kulturách.....	68
6.3.2 Kognitivní deficit u deprese.....	68
6.3.3 Hypotéza zaměstnané kognice.....	68
6.4 Analýza dat a výsledky výzkumu.....	68
6.4.1 Deprese a kognice ve dvou kulturách.....	69
6.4.2 Kognitivní deficit u deprese.....	74
6.4.3 Hypotéza zaměstnané kognice.....	79
7 Diskuze.....	81
7.1 Sběr dat a vzorek.....	81
7.2 Deprese a kognice ve dvou kulturách.....	83
7.3 Kognitivní deficit u deprese.....	86
7.4 Hypotéza zaměstnané kognice.....	87
ZÁVĚR.....	88
Literatura.....	89

Přílohy.....	104
Příloha 1. Informovaný souhlas pro mexický vzorek.....	104
Příloha 2. Informace pro pacienty pro mexický vzorek.....	105
Příloha 3. Screening pro mexický vzorek.....	106
Příloha 4. Expresivní psaní pro mexický vzorek.....	107
Příloha 5. PCQ a ARQ pro mexický vzorek.....	108
Příloha 6. Zpětný překlad pro Expresivní psaní.....	110
Příloha 7. Zpětný překlad pro PCQ a ARQ.....	111
Příloha 8. Demografické grafy.....	113
Příloha 9. Analýza výsledků testem Mann-Whitney zvlášť pro oba vzorky.....	116

# Seznam použitých zkratk

ARQ: Analytical Rumination Questionnaire, Dotazník analytické ruminace

AVLT: Paměťový test učení

Bc.: Ukončené bakalářské studium

BDI-II: Beck Depression Inventory, Beckova sebesuzovací škála pro dospělé

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Mexická národní rada pro ohodnocení politiky sociálního rozvoje

CPT: Continuous Performance Test, Test setrvalé pozornosti

CVLT: California Verbal Learning, Kalifornský test verbálního učení

CZ: České

ČSÚ: Český statistický úřad

DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice

GHDx: Global Health Data Exchange

HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression, Hamiltonova škála deprese

IBM: International Business Machines Corporation

IMAO: Inhibitor monoaminoxidázy

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Mexický národní ústav pro statistiku a geografii

IPSAME: Soukromá klinika pro léčbu poruch nálad, Río Orinoco 304, Del Valle, 66220 San Pedro Garza García, N.L.

KBT: Kognitivně behaviorální terapie

M.I.N.I.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview, Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview

Mgr.: Ukončené magisterské studium

MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. edice

MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Minesotský osobnostní dotazník, 2 edice

MX: Mexické

NEAR: Neuropsychological Educational Approach to Remediation

NÚDZ: Národní ústav duševního zdraví

PCQ: Perceived Complexity Questionnaire, Dotazník vnímané složitosti problémů

RAVLT 30: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení, oddálené vybavení

RAVLT I-V: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení, suma pokusů 1 až 5 první sady

RAVLT rekognice: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení, rekognice

RAVLT: Rey Auditory Verbal Learning Test, Reyův test verbálního učení

SNRI: Selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu

SSRI: Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

SŠ: Střední škola

TAVEC: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense, Španělský test verbálního učení, Complutense

TAVR-BA: Test Auditivo Verbal de Rey-versión Buenos Aires, Test verbálního učení, verze Buenos Aires

TEC: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Technologický institut vyšších studií v Monterrey

TMT A/B: Trail Making Test, Test cesty, část A a B

URP: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de la Salud de NL. Jednotka psychiatrické rehabilitace státu Nuevo León, Capitán Mariano Azueta 680, Col. Buenos Aires, Monterrey, N. L.

VŠ: Vysoká škola

WHO: Světová zdravotnická organizace

ZŠ: Základní škola

# ÚVOD

Deprese se do běžného slovníku mnoha osob vžila již před nějakou dobou. Jedná se o velmi aktuální onemocnění, které ve své klinické podobě alespoň jednou za život pozná až pětina populace (Kessler et al., 2005). Mít depresi však neznamena pouze cítit se smutně. Smutek můžeme považovat za běžnou součást života v rámci normálních změn nálad, především pak v reakci na nepříznivé okolnosti a události. Deprese však běžnému smutku neodpovídá, nálada se po delší období příliš nelepší a nemocný pociťuje další příznaky, které ztěžují jeho uzdravení.

Jedním z těchto příznaků je i zhoršení poznávacích schopností, tedy prostředků, které člověku umožňují orientovat se ve světě a na základě toho činit rozhodnutí. Kognice jako taková byla u deprese delší dobu spíše přehlížena. Pozornost byla směřována spíše na onemocnění jako je schizofrenie či demence, kde dochází k velmi viditelným změnám. U pacientů s depresí bylo zhoršení pozornosti či paměti bráno spíše jako vedlejší jev onemocnění, který odezní spolu se zmírněním nemoci. Současné výzkumy však ukazují, že téma není tak jednoduše uchopitelné. Stále více výzkumů potvrzuje existenci tohoto jevu. Výzkumy nacházejí narušení především v oblastech jako je pozornost, paměť a exekutivní funkce. Tyto funkce jsou esenciální pro běžné fungování v dennodenním životě. Silné narušení těchto funkcí pak může vést ke zkreslení ve vnímání a neadekvátním rozhodnutím, jako je například ukončení života sebevraždou. Kognitivní deficit také může mít vliv na zhoršování pacientova stavu a jeho neschopnost zařazení do běžného fungování. Téma tedy vyžaduje více pozornosti odborníků, zařazení do běžné klinické praxe, diagnostiky a terapie.

V České republice je tomuto tématu již nějakou dobu věnována pozornost, což podporují mnohé publikace (Preiss et al., 2006; Navrátilová, 2009). Naopak v Mexiku je téma téměř neznámé a v současné chvíli neexistuje studie, která by situaci mapovala. To přivedlo autorku na téma interkulturního srovnání daných dvou velmi odlišných kultur,

které budou čtenáři v práci taktéž představeny. Cílem práce se tedy mimo samotnou výzkumnou část stala také edukace, a to jak profesionálů, tak i samotných pacientů. Jelikož autorka v době zpracovávání práce žila v obou zmíněných kulturních prostředích, mimo dostupnou literaturu mnohdy podává výpovědi také z vlastní zkušenosti, která se může lišit od toho, co zažili nebo popsali jiní. Stejně tak i výsledky výzkumu je nutno interpretovat s ohledem na zeměpisné a kulturní území, ale také s ohledem na výzkumný vzorek.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Deprese

Depresivní onemocnění je aktuálním tématem celosvětově. Řadí se mezi nejobvyklejší světové nemoci a pravděpodobně se jedná o nejčastější psychiatrickou nemoc, která zasahuje podle odhadů přibližně 300 milionů lidí celosvětově. Světová zdravotnická organizace (2017) označuje depresi za nejsilnějšího původce invalidity. Jedná se o závažný problém zasahující do osobního i pracovního života. Zvláště při delším trvání a silnější intenzitě. Depresivita je také jednou z nejčastějších příčin sebevraždy, která dosahuje až 800 tisíc obětí ročně. Dle Rabocha a Zvolského (2001) je to až 15 procent nemocných depresí, co umírá sebevraždou. Nelze pominout také souvislost s úzkostností, nezdravým životním stylem a následně vysokou pravděpodobností kardiovaskulárního onemocnění (Bonnet et al., 2005).

Celosvětová prevalence depresivního onemocnění se odhaduje okolo 4 procent, tedy asi 300 milionů osob trpících depresí, přičemž se ukazují geografické i genderové odlišnosti. Nejnižší prevalenci, asi 2,6 procenta, nacházíme u mužů z oblasti západního Pacifiku, nejvyšší okolo 5,9 procent u afrických žen. V České republice se pohybuje okolo 3,5 procenta, v Mexiku pak okolo 3 procent. Depresí celkově trpí více ženy (1,5:1). Rozdílnosti se také ukazují v různých věkových obdobích (GHDx, 2016; WHO, 2017).

Celoživotní prevalence se dle různých údajů odhaduje na 10 až 21 procent (Kessler, Walters, 1998; Kessler et al., 2005), můžeme tedy předpokládat, že až každá pátá osoba měla v životě zkušenost s depresivní epizodou. Další otázkou jsou nezaznamenané případy, tedy osoby, které nikdy nevyhledaly odbornou pomoc.

Z depresivního onemocnění se dle Hollona a Sheltona (2001) uzdraví bez



dalších příznaků pouze 20 procent pacientů, naopak 20 procent pacientů buď spáchá sebevraždu nebo zůstane trvale invalidní. Zbýlých 60 procent se částečně uzdraví, avšak trpí dalšími epizodami deprese.

## 1.1 Diagnostická kritéria

Změny nálady jsou součástí našeho každodenního života. Souvisejí s událostmi v okolí i biologickou rovnováhou v těle. Pocity smutku a zklamání jsou normální částí lidské existence. Podle čeho však poznáme, že se jedná o depresivní onemocnění? Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5 (2015) jmenuje pro **velkou depresivní poruchu** následující symptomy, které jsou pro lepší srozumitelnost a přehlednost upraveny a doplněny o další informace.

### 1.1.1 Depresivní nálada

Nemocný má zhoršenou náladu, která se v průběhu času ani na základě změn v okolí příliš nemění (MKN-10, 2009), je tedy přítomna po většinu dne, pozorována buď subjektivně, na základě pocitů nemocného, nebo objektivně na základě popisů jeho okolí (DSM-5, 2015). Náladu lze charakterizovat jako smutnou, pesimistickou, zoufalou, bezvýchodnou, beznadějnou a prožívání a vnímání světa bývá popisováno jako v odstínech šedé (Raboch, Zvolský, 2001). Porucha se vymyká běžné změně emocí, která je dle Orla (2012) do určité míry fyziologická. Neodpovídá smutku jako časově omezené reakci na ztrátu. Jedná se o dlouhotrvající poruchu, která však jako nepatologický smutek může začít, pokud se osoba snaží neúměrně vyhýbat dalším ztrátám tím, že se čím dál více uzavírá i pozitivnímu (Leventhal, 2008).

### 1.1.2 Ztráta zájmu a radosti

Je narušen smysl pro zábavu, dochází ke ztrátě osobních zájmů a pocitů uspokojení (MKN-10, 2009), je ovlivněno prožívání radosti a objevuje se celkový nedostatek emoční reaktivity (Raboch, Zvolský, 2001). Anhedonie, neboli snížená schopnost prožívání pozitivních emocí, se projevuje v rámci situací, zájmů, ve vztahu k věcem, k lidem, a to často i těm nejbližším. Prožívané situace se oproti dřívějšku zdají

prázdné a nic nepřinášející, jako by šly mimo. V souvislosti s tímto se osoba spíše stahuje ze sociálních aktivit a izoluje se (Orel, 2012). Winer a kolektiv (2014) prokázal vysokou souvislost mezi anhedonií a sebevražednými myšlenkami. Nejvýznamnější z komponent anhedonie v tomto vztahu se ukázaly ztráta zájmu a prožívání radosti.

### **1.1.3 Poruchy chuti k jídlu**

Objevuje se zhoršená chuť k jídlu, až její úplná ztráta. Jídlo přestává mít chuť a osoba na něj nemá myšlenky, musí se k jídlu přemlouvat nebo jej musí k jídlu motivovat sociální okolí, následkem čehož dochází k hubnutí (MKN-10, 2009). Může tomu však být i naopak, kdy dochází k nárůstu hmotnosti při jakémsi zajídání depresivních nálad (Orel, 2012).

### **1.1.4 Poruchy spánku**

Narušený spánek bývá často první motivací k vyhledání odborné pomoci (Raboch, Zvolský, 2001). Může se jednat o obtížné usínání, časté probouzení a neschopnost znovu usnout, brzké ranní probouzení, nebo naopak nepřiměřenou spavost bez pocitu odpočinku a dospívání v neobvyklých denních dobách v průběhu dne. Spánek je narušen a není tolik kvalitní, jak by se očekávalo (MKN-10, 2009; Orel, 2012; DSM-5, 2015).

### **1.1.5 Změny v psychomotorickém tempu**

MKN-10 (2009) hovoří o zřetelné psychomotorické retardaci. Snížená aktivita se projevuje na všech úrovních. Depresivní se pomalu pohybují, až by se dalo říct šourají. Co se řečové produkce týče, mluví pomalu, potichu. Obsah i kvantita je omezená. Gesta i mimika jsou taktéž redukována (Orel, 2012). DSM-5 (2015) dodává naopak psychomotorickou agitovanost, úzkostnost, která se u depresivních pacientů často objevuje jako další diagnóza (Bonnet et al., 2005).

### **1.1.6 Ztráta energie**

Depresivní onemocnění provází snížená energie, kdy se i po minimální námaze objevuje únava, což komplikuje realizaci běžných aktivit od snížení pracovní a vzdělávací výkonnosti, až po potíže s dokončením či dokonce započítím denních úkolů jako vstát z postele či umýt se. V této souvislosti můžeme uvést i ztrátu libida (MKN-10, 2009; Orel, 2012). Neschopnost dosáhnout erekce či orgasmu komplikuje blízké vztahy a může být důsledkem ztráty sexuální fantazie, vzrušení či celkové sexuální funkčnosti. Ztráta sexuálního zájmu je také prediktorem sebevražedných myšlenek (Winer et al., 2014).

### **1.1.7 Pesimismus a pocity viny**

Typické jsou pesimistické vyhlídky do budoucna, negativní vnímání sebe a svých zkušeností a zážitků. Události jsou dávány do negativních souvislostí, přestože existují jiná možná vysvětlení (Beck, 1979). Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů (MKN-10, 2009). Orel (2012) mluví o černých myšlenkách, které se kupí a množí, tyto pocity mohou přejít až za hranici bludu.

### **1.1.8 Změny v kognitivních funkcích**

MKN-10 (2009) hovoří o narušení schopnosti koncentrace. DSM-5 (2015) to pojímá širěji jako sníženou schopnost myšlení a koncentrace nebo rozhodování. Dle Rabocha a Zvolského (2001) se subjektivní stížnosti na tuto oblast objevují u 90 procent pacientů. Této problematice bude věnováno více prostoru v následujících kapitolách.

### **1.1.9 Sebevražedné myšlenky či jednání**

Výčitky a pocity viny následují úvahy o smrti, které se dle Rabocha a Zvolského (2001) objevují u dvou třetin depresivních jedinců, až 15 procent pak ideu zrealizuje. Presuicidálním syndromem můžeme nazvat jakési fáze, kterými si mnozí depresivní procházejí. Nejprve se jedná o neurčité fantazie o tom nebýt, které postupem času

nabývají konkrétnější podoby. Tyto myšlenky nejsou příjemné a nemocný se jim zprvu brání. Zklidnění v nemoci by pak pro okolí mělo být spíše alarmující, jelikož se může jednat o učiněné rozhodnutí, které nemocnému přináší paradoxně úlevu. U nejtěžší deprese paradoxně chybí energie k provedení suicidia, realizace přichází až se zlepšením stavu.

## 1.2 Diagnostika

Pro stanovení diagnózy odborníci používají diagnostické manuály zmíněné výše. DSM-5 (2015) pro naplnění diagnózy velké depresivní poruchy specifikuje, že se musí objevovat alespoň po dobu dvou týdnů pět symptomů, mezi nimiž je přítomna buď depresivní nálada, nebo ztráta zájmu nebo radosti, symptomy jsou nepříjemné a obtížné a narušují sociální, pracovní a další fungování a nemohou být vysvětleny jiným psychotickým či somatickým onemocněním, fyziologickými účinky látek či odpovídající reakcí na ztrátu. Nejedná se ani o bipolární poruchu s manickou fází.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (2009) pro diagnózu **depresivní fáze** uvádí obdobné symptomy a dále ji hodnotí dle počtu a tíže příznaků jako **mírnou** (dva až tři příznaky, deprimace, zachována schopnost účastnit se denních aktivit), **střední** (čtyři a více příznaků, potíže s běžnou denní činností) nebo **těžkou** (řada příznaků, beznaděj, suicidalita je zde běžná).

Depresivní onemocnění v těžké fázi může být doprovázeno psychotickými příznaky, kdy halucinace a bludy mohou, avšak nemusí odpovídat náladě (MKN-10, 2009). Nejčastěji se objevují bludy depresivní, autoakuzační, ruinační, nihilistické i persekuční. Zde je pak také riziko sebezabití či usmrcení jiné osoby v rámci bludného přesvědčení (Raboch, Zvolský, 2001, Orel, 2012).

V případě, že se deprese objevuje samotná, hovoříme o **unipolární depresi**, pokud po depresivním období nadchází také změna k excitaci (mánie), jedná se o bipolární depresi v rámci bipolární afektivní poruchy. V této práci je cíleno pouze na první z uvedených. Raboch a Zvolský (2001) uvádí, že bipolární deprese je typická spíše jen snížením aktivity, oproti tomu unipolární depresi může provázet také agitovanost a úzkost.

Raboch a Zvolský (2001) uvádí, že u poloviny nemocných deprese do půl roku samovolně a bez návratu odezní a dojde k úzdavě (alespoň tři měsíce v remisi, tedy bez příznaků nemoci). Hollon a Shelton (2001) jsou v tomto případě méně optimističtí a uvádí, že jen 20 procent pacientů dosáhne plné úzdravy bez dalších příznaků. V opačném případě hovoříme o **rekurentní** či **periodické depresivní poruše**, kdy se střídají období remise a relapsu (z období remise) či rekurence (z období úzdravy). Riziko návratu deprese se s každou další epizodou zvyšuje (50 procent po první epizodě, až 90 procent po čtvrté epizodě) (Raboch, Zvolský, 2001). Z toho důvodu MNK-10 (2009) zařazuje diagnózu periodická depresivní porucha, v současné době v remisi, kdy definuje, že musí pacient mít v anamnéze alespoň dvě depresivní fáze. DSM-5 (2015) zde udává kategorie v částečné remisi a v plné remisi.

### 1.2.1 Diagnostické nástroje

Pro ověření diagnózy a pro určení hloubky nemoci pacientům můžeme zadat sebehodnotící škály, které jsou vhodnější pro osoby s menší intenzitou poruchy, předpokládá se úroveň vzdělanosti a kooperace (Raboch, Zvolský, 2001). Mezi nejčastěji používané patří Beckova sebehodnotovací škála pro dospělé, BDI-II (Beck, 1996) či Zungova sebehodnotovací stupnice deprese (Zung, 1965). Mezi lékaři aplikované metody patří sedmnácti položková Hamiltonova škála deprese, HAMD (Hamilton, 1960) nebo desítipoložková Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese, MADRS (Montgomery, Åsberg, 1979). Informaci o depresivním onemocnění najdeme také v širším diagnostickém rozhovoru M.I.N.I. (Sheehan et al., 1992) nebo v Minesotském osobnostním dotazníku MMPI-2 (Hathaway, McKinley, et al., 1989).

Při upřesňování diagnózy můžeme také hodnotit další symptomy spojené s depresivním onemocněním jako je úroveň ruminací (Barbic, 2014), nebo beznaděj (hopelessness) (Beck et al., 1974).

Nové výzkumy také přinášejí poznatky, že v psaných výstupech depresivních osob jako jsou eseje, deníky či poezie jsou častěji užívána osobní zájmena spojená s pacientem (já, mě, moje...) a slova, která je možno klasifikovat jako negativně emočně

zabarvená absolutistická slova (nikdy, úplně) (Al-Mosaiwi, 2017), což se také může stát indikátorem.

### **1.2.2 Diferenciální diagnostika**

Pro správné určení diagnózy je třeba mít na paměti, že existují onemocnění, která mohou na základě svých symptomů působit podobně jako deprese. V první řadě je třeba vyloučit, zda se nejedná o somatické onemocnění, neurologickou poruchu či poruchu v důsledku působení léků či návykových látek, k čemuž pomůže laboratorní vyšetření a důkladná anamnéza. Psychotické onemocnění se liší především sekvencí bludů. Z psychiatrického hlediska však v akutní fázi není diagnóza to nejdůležitější, v obou případech předepisují atypická antipsychotika. Zvažovat je třeba také poruchy osobnosti, nejčastěji pak poruchu hraniční. Zde je depresivní afekt velmi proměnlivý, především na základě stimulace a intervence. Obtížné může být rozlišení mezi demencí, a to především u starší populace. Důležitá je sekvence příznaků. U deprese jde především o rychlý počátek s rychlou progresí, kognitivnímu narušení předchází deprese, nemocný si na to stěžuje, narušení je do značné míry reverzibilní. Orientace zachována, maxima spíše ráno oproti demenci večer. Rozlišení mezi unipolární a bipolární formou spočívá především v anamnéze, avšak i přes nepřítomnost manické epizody je možný budoucí rozvoj. U unipolární formy se spíše objevují zlostné ataky či somatické obtíže (Raboch, Zvolský, 2001).

## **1.3 Příčiny vzniku**

Přestože medicínský a neuropsychologický výzkum se vyvíjí neustále dopředu, na otázku etiopatogeneze depresivního onemocnění není jediná jasná odpověď. Jedná se pravděpodobně o souhru biologických, genetických a psychosociálních faktorů, předpokládá se však výraznější podíl psychosociálních faktorů než například u bipolární afektivní poruchy (Raboch, Zvolský, 2001).

Vznik depresivního onemocnění je možno si představit jako proces, do kterého nejprve vstupují predispozice osoby, mezi kterými se objevují jak biologické a genetické faktory jako obtíže při porodu či rodinná dědičnost, ale také osobnostní faktory, které

mohou být vrozené či získané. Dalším krokem jsou dispozice. Zde mezi biologickými vlivy zneužívání návykových látek, alkoholismus, užívání různých druhů léčiv jako jsou steroidy, nemoci jako jsou problémy se štítnou žlázou, rakovina či dlouhotrvající bolest. Psychosociální dispozice pochází z výchovných vlivů a sociálního okolí. Pro depresivní onemocnění je typické, že se rozvine po nějaké kritické události. Mezi hlavní spouštěče depresivního onemocnění patří psychosociální události jako je rozchod či rozvod, úmrtí či onemocnění blízké osoby, problémy ve škole, ztráta zaměstnání či izolace ve stáří (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010, Kumar et al., 2012).

### **1.3.1 Biologické a genetické faktory**

Z biologického hlediska se jedná se o heterogenní záležitost. Zobrazovací metody naznačují, že je deprese spojena s anomáliemi v různých oblastech mozku. Poškození se objevují především jako atrofie prefrontální kůry především v oblasti orbitofrontální, ale také dorzolaterální. Narušení se objevují také v bazálních gangliích, amygdale či hypokampu (Davidson et al., 2002). Předpokládá se, že za atrofií těchto struktur stojí snížení neuroneogeneze (Kopeček, 2006).

Po neurochemické stránce má asi největší význam monoaminergní neurotransmiterový systém, kdy deprese způsobuje nedostatečná koncentrace serotoninu, noradrenalinu a dopaminu v synaptické šterbině. Na základě tohoto se docílilo získání efektivních antidepressiv. Změny se také ukazují na úrovni neuropeptidů či neuroendokrinním systému (Davidson et al., 2002).

Zajímavou otázkou je také genetická složka. Předpokládá se však, že je tato souvislost nižší než u bipolární poruchy. Studie dvojčat ukazují, že 40ti až 50ti procentní souvislost u monozygotních a asi 15ti až 20ti procentní souvislost u dizygotních dvojčat. Ukazuje se, že riziko onemocnění depresí je třikrát vyšší v případě, že se v rodinné anamnéze nachází bipolární porucha. Souvislost je nacházena také s dalšími poruchami nálad jako cyklotymie, ale i úzkostnými poruchami, závislostmi a poruchami příjmu potravy (Höschl, 2002).

### 1.3.2 Psychosociální faktory

Bowlbyho (1977) teorii přílnutí, kdy dítě prostřednictvím vztahu s primárním pečovatelem vytváří specifickou vazbu, kterou nadále aplikuje v životě, je možným vysvětlením pro vznik depresivní poruchy.

Interpersonální terapie vidí souvislosti mezi vznikem deprese a mezilidskými vztahy, nejčastěji v případě ztráty osob, vztahů či vzniku sporů a jiných stresujících mezilidských situací, kdy daná osoba nedisponuje dostatečnými schopnostmi pro vyrovnání se s danou situací (Sullivan, 1953; Weissman, Markowitz, 2002).

Beck (1979) vysvětluje vznik deprese prostřednictvím kognitivní triády, která sestává z negativní sebekoncepce, negativního pohledu na svět a negativního výhledu do budoucna. Negativní pohled na sebe sama, kdy se daná osoba vnímá nepříznivě a nepříjemné události přisuzuje vlastní nedostatečnosti, vychází z nadměrných požadavků, které je pak nemožné splnit, čímž dochází k posilování tohoto bludného kruhu. K tomuto dopomáhají také negativní automatické myšlenky pocházející ze schémat, které se učí v dětství. Mohou být vhodné a nápomocné při řešení životních situací, mohou být správné, ale spíše škodlivé při řešení, nebo mohou být mylné. Objevují se v proudu vědomí a ovlivňují náladu. Kognitivní omyly mohou mít různou podobu, projevují se jako nadměrná zevšeobecňování, polarizované vnímání, katastrofické myšlení, katalogizování a podobně. Dle teorie beznaděje (hopelessness) jde o negativním kognitivní atribuční styl, dle kterého pozitivní očekávané výsledky nenastanou, naopak nastanou ty negativní a situaci není možné změnit (Beck, 1974; Alloy et al., 1988).

Možné vysvětlení můžeme najít také v Seligmanově (1974) teorii naučené bezmocnosti, tedy ztráty vlivu na události. U dítěte, které je rodiči neustále ponižováno a naučí se, že ať udělá cokoli, vždy to bude špatně, neustále se cítí zbytečně, naopak se neučí rozvíjet pozitivní pocity, sebedůvěru a víru ve vlastní schopnosti, se dost pravděpodobně rozvine depresivní porucha. Z pohledu behaviorální teorie můžeme považovat vznik deprese jako učení se strategii, která něco jedinci přináší. Vyjadřování smutku a bezmoci slouží jedinci k přitažení pozornosti a tím pozitivního posílení depresivního chování (Skinner, 1963). Lewinsohn (1974) pak vidí depresi jako



kombinaci stresoru a nedostatečných schopností, kdy stresor zapříčiňuje, že osoba nedostává dostatek pozitivního posílení. Depresivní lidé jsou ti, kteří neumí pracovat s faktem, že už se pozitivní posílení neobjevuje.

## 1.4 Léčba

V průběhu historie bylo na depresivní onemocnění pohlíženo různě a stejně tak i na jeho léčbu. Z prehistorie lze doložit léčení v kmenovém šamanství, kdy se vyháněl zlý duch z těla různými rituály, jsou známy případy trepanace neboli proražení lebky pro léčbu duševních poruch. Ve starověkém Egyptě můžeme objevit něco jako spánkovou terapii, kdy se vlastně výkladem snů hledala léčba. Východiskem byla víra, že nemocného v léčebné jeskyni navštěvují poslové bohů a radí mu. Hippokrates na melancholii, pro kterou byl důvod přebytek škodlivé černé žluči, doporučoval úpravu životosprávy, tedy volit vhodnou stravu, dále pak mít spánek, koupel a sex. V průběhu období starověkého Řecka a Říma bylo přistupováno k depresivním zodpovědně, byli v péči rodiny. Dalšími léčebnými prostředky byly například dieta či masáže. Mnohdy byla melancholie spojována až s genialitou. V islámském světě byly již ve dvanáctém století rozšířeny nemocnice, kde byly zřízeny speciální útulky pro duševně nemocné. Již Avicena si všímal změn spojených se světlem a ročním obdobím a navrhoval terapii světlem. Oproti tomu ve středověké Evropě byli nemocní ponecháváni svému osudu či dokonce věznění ([Kaláb, 2012](#)).

Současná praxe využívá léčebných metod dle hloubky a závažnosti onemocnění. Pro lehčí formy depresivního onemocnění se ukazuje dostačující evaluace, podpora, psychoedukace a využití psychologické intervence. Mnohdy však i lehčím depresivním onemocněním bývají indikována antidepresiva, což může vyvolávat diskuzi ([Seligman, 2014](#); [Álvarez Ariza et al., 2014](#)).

Střední formy depresivního onemocnění reagují dobře na psychoterapeutické intervence a antidepresiva, nejlépe však na terapii kombinovanou ([Raboch, Zvolský, 2001](#), [Álvarez Ariza et al., 2014](#)). Metaanalytické studie potvrzují účinnost terapeutických technik oproti pouze léčbě farmakologické. Přestože někdy může

vypadat, že přírůstek efektu psychoterapie nemusí být vždy nutně viditelný. Kombinovaná terapie má signifikantně lepší účinek než samostatná farmakoterapie (Cuijpers, 2013)

Pro těžké a rezistentní formy je vhodná psychofarmakologická léčba, ve které se kromě antidepresiv využívají také mnohá antipsychotika. Z terapeutických postupů jsou to především kognitivně behaviorální a interpersonální terapie. Pokud ani v takovém případě nedochází ke zlepšení, bývá indikována elektrošoková léčba (Raboch, Zvolský, 2001, Álvarez Ariza et al., 2014).

Léčba depresivních příznaků se dá rozdělit na akutní, která se zaměřuje na odstranění příznaků depresivního onemocnění, a pokračovací, která je nutná pro udržení remise. Bývá v ní pokračováno tři, ideálně pak šest měsíců (Raboch, Zvolský, 2001).

#### **1.4.1 Farmakoterapie**

Antidepresivum IMAO pro inhibici enzymu aminoxidázy, která rozkládá monoaminy, bylo objeveno náhodou při aplikaci u pacientů s tuberkulózou. Obdobně tomu bylo s antidepresivem první generace, Imipraminem, který byl původně indikován jako antipsychotikum. Zde začal vývoj antidepresivních léků (Kopeček, 2006).

První volbou při antidepresivní léčbě bývají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, SSRI (fluvoxamin, fluoxetin, paroxetin, sertralín, citalopram, escitalopram) a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, SNRI (venlafaxin, milnacipran, duolexin). Je to dáno především jejich relativně jednoduchým použitím a menším množstvím vedlejších nežádoucích účinků (Álvarez Ariza et al., 2014). SSRI s sebou kromě antidepresivních a anxiolytických účinků přináší také žaludeční potíže, podrážděnost a nespavost či snížení libida nebo prodlouženou ejakulaci. Blokace vychytávání noradrenalinu způsobuje třes, zrychlenou srdeční činnost a poruchy erekce i ejakulace. Nenesou však anticholinergní efekt předchozích generací (sedace, poruchy soustředění, sucho v ústech, zácpa, rozostřený zrak, zrychlená srdeční činnost), avšak stále se objevuje antihistaminický efekt (zvýšená chuť k jídlu, ospalost, sedace), který by budoucí, pátá generace, která kombinuje dohromady tři monoaminy, měla odstranit. Přestože léky zvýší množství monoaminů relativně rychle, antidepresivní

účinky nastávají přibližně za jeden až osm týdnů (Kopeček, 2006).

Často se přidává také benzodiazepinová léčba pro zlepšení spánku a zmírňování úzkosti (Preiss et al., 2006).

#### **1.4.2 Alternativní biologická terapie**

Jelikož je deprese velmi častým onemocněním, není se třeba divit, že se v medicíně objevují alternativní způsoby, jak tuto nemoc léčit. Ukazuje se, že fototerapie má dobrou účinnost především pro sezónní typy depresí, projevující se v zimním období (Coryell, 2008). Tato terapie se však neukazuje příliš účinná pro obvyklé depresivní onemocnění. Avšak pacienti s bipolární depresí reagují na světelné změny pozitivně (Tseng et al., 2016). Celková či částečná spánková deprivace pro druhou polovinu noci zlepšuje depresivní symptomy pro následující den a urychluje účinnost antidepresiv či lithia (Coryell, 2008).

Fyzické, především aerobní cvičení má vliv na funkci neurotransmiterů. Vylučují se endorfiny mající vliv na náladu, dochází ke zvýšení tělesné teploty a uvolnění ztuhlých svalů (Dunn et al., 2005). Depresivním pacientům se také doporučují změny ve stravě. Měla by být vyvážená a obsahovat zeleninu a ovoce. Vyzdvihována je také role omega-3-mastných kyselin (Coryell, 2008). Tanskanen a kolektiv (2001) objevili souvislost mezi frekvencí konzumace ryb a depresivních symptomů.

V případech těžké deprese, rezistentní na antidepresivní léčbu se aplikuje elektrokonvulzivní terapie. Přestože prozatím není jasné, na jakém principu tato metoda u depresivních pacientů funguje a nese s sebou mnohé vedlejší účinky jako kognitivní poruchy, především dočasnou ztrátu paměti, či bolesti hlavy, ukazuje se jako efektivní pro pacienty s depresí, která nereaguje na ostatní druhy léčby (Pagnin, 2008). Transkraniální magnetická stimulace prefrontálního kortextu se pro tyto případy také ukazuje jako vhodná (Fitzgerald et al., 2003). V nejtěžších případech je vhodnou metodou stimulace nervu vagu, která však vyžaduje chirurgický implantát, který způsobuje změny v mozkomíšního moku na úrovni neurotransmiterů. Tato metoda se nejprve užívala u pacientů s epilepsií, kde mimo jiné projevil i objevil účinek zlepšování nálady (Rush et al., 2005).

### 1.4.3 Psychoterapie

Četné množství metaanalytických studií prokazuje efektivitu psychoterapie při léčbě deprese. Studie Cuijperse a kolektivu (2011) prokazuje zlepšení depresivních symptomů oproti neléčené kontrolní skupině, a to při analýze různých druhů terapie. Přestože je stále největší podpora na straně kognitivně behaviorální terapie, která má velký podklad ve výzkumu, v metaanalytických studiích se ukazuje, že se při léčbě deprese neobjevuje větší rozdíl mezi různými terapeutickými přístupy (Barth et al., 2016).

Barth a kolektiv (2016) srovnali sedm terapeutických přístupů. Zařazeny byly terapie zaměřené na podpůrné poradenství, psychodynamické terapie, interpersonální terapie, kognitivně-behaviorální terapie, trénink sociálních dovedností, terapie zaměřená na řešení problému a behaviorální aktivace patřící do třetí generace behaviorálních technik pro léčbu deprese. Při srovnání efektivity terapií oproti čekací listině vykazují uvedené terapie přibližně obdobné velikosti účinku. Významný rozdíl se ukázal pouze při srovnání podpůrného poradenství s interpersonální psychoterapií, která se v této metaanalýze ukázala jako nejúčinnější pro léčbu deprese. Cuijpers a kolektiv (2013) však zdůrazňují, že je třeba brát v úvahu interindividuální odlišnosti klientů a problémů, způsobujících jejich onemocnění, ale také terapeutický vztah s klientem. Tyto proměnné mohou hrát důležitou roli v léčebném procesu, a proto mohou pacienti reagovat i na jiné druhy terapie. Dalšími možnými směry využívanými v léčbě deprese jsou krátká psychodynamická terapie nebo nedirektivní podpůrná terapie (Temple, Geddes, 2008).

Interpersonální terapie vycházející z teorie Sullivana (1953) hledá souvislosti mezi vznikem deprese a mezilidskými vztahy. Terapie trvá mezi dvanácti a šestnácti týdny, v rámci kterých je zaměřováno na změnu interpersonálního kontextu. Mezi hlavní úkoly prvních sezení patří psychoedukace o depresivním onemocnění, zhodnocení a inventář současných vztahů s výběrem konkrétní oblasti, na kterou se bude terapie zaměřovat. Následuje terapeutický kontrakt se specifickými cíli. Mezi problémovými oblastmi se objevuje nedořešené truchlení, řešení sporů, změna role či nedostatky v sociálním kontaktu (Weissman, Markowitz, 2002).

Tradiční kognitivně behaviorální terapie vychází z Beckovy (1979) kognitivní teorie chybného zpracovávání informací, kdy depresivní osoba používá pro vysvětlování událostí ve světě naučených schémat neboli kognitivních omylů. Těchto omylů se dopouští téměř každý, k onemocnění však dochází, když je daná osoba považuje za nezpochybnitelné. Cílem KBT je tedy odhalení a odstranění těchto chybných myšlenek za použití sokratovského dialogu, autoregistrů myšlenek, psychoedukace, řešení problémů, nácviku sociálních dovedností či relaxačních technik.

Ukazuje se, že tradiční kognitivně behaviorální terapie může mít účinek také pokud se přenese do internetového prostředí. Je však lepší neztratit zde sociální kontrolu a podporu terapeuta. To může být do budoucna přínosem pro osoby, které by jinak neměly k léčbě přístup (Spek et al., 2007). Co se týče volby individuální či skupinové terapie, výsledky výzkumů upřednostňují spíše individuální terapii s odůvodněním menšího zanechání léčby při kontaktu s jednotlivcem (Cuijpers et al., 2011).

V současné době stále větší popularity nabývají techniky mindfulness vycházející z buddhistických a jogínských praktik. Společně s použitím kognitivně behaviorálních technik vykazují dobrou využitelnost pro snižování stresu a prevenci depresivních symptomů (Khoury et al., 2013, Shallcross et al., 2018, Proeve, Anton, Kenny, 2018). Další nově se objevující možnou terapeutickou cestou je terapie přijetí a odevzdání, radící se ke třetí vlně kognitivně behaviorálních terapií vycházející z výzkumů o bolesti. Pracuje se s přijetím situace taková jaká je, jejím vědomým vnímáním. Tím se odstraní druhotná bolest způsobená s bojem a utíkaním od problému (Hayes, 2012).

Další směr zaměřený na redukci deprese lze najít v pozitivní psychologii (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). K využívaným terapeutickým intervencím patří zaměřování se na pozitivní situace či rozvoj silných stránek osobnosti. Seligman navrhuje techniky jako dopis vděčnosti či tři dobré věci (Seligman, 2014).

Mezi techniky často používané v rámci terapie deprese patří psaní. Tato aktivita bývá běžně používána jako copingová strategie. Teorie expresivního psaní, které se zaměřuje na emočně zneklidňující události vychází ze studií Pennebaker a Bealla (1986). Expresivní psaní může mít efekt na všeobecné prospívání a zvýšení aktuální duševní pohody, avšak potvrzení dlouhodobého efektu není vždy jednoznačné

(Frattaroli, 2006, Reinhold, Bürkner, Holling, 2018). To může být však dáno velkou variabilitou faktorů, které do výzkumů zasahují a hypotéz, které si autoři dávají. Novější výzkumy ukazují, že depresivní osoby daleko více v textu směřují k používání vlastních osobních zájmen v první osobě (Al-Mosaiwi, Johnstone, 2017). Odnož expresivního psaní (The Psychological Displacement Paradigm in Diary) využívá tohoto zjištění. Účastník je instruován popsat situaci v první osobě. Následně sepsat stejný příběh, avšak protagonista je teď v druhé osobě, ty. V poslední fázi se stejný příběh vypráví ve třetí osobě (Jin, 2005). Ukazuje se, že psaní v první osobě je daleko více spojeno s negativními pocity, zatímco při změně perspektivy tyto emoce spíše ustupují a zatímco pozitivní emoce postupně vzrůstají (Chang, Huang, Lin, 2013).

Účinné pro zlepšení nálady u mnohých depresivních pacientů mohou být i další metody jako arteterapie (Wallace, 2015) či muzikoterapie (Maratos et al., 2008).

## 2 Kognitivní deficit u deprese

Kognice je obecně chápána jako soubor procesů, které umožňují poznání jak vnitřního tak vnějšího světa. Mezi tyto procesy se běžně řadí vnímání, učení, paměť a přemýšlení o informacích (Sternberg, 2002). Lezak a kolektiv (2004) z pohledu neuropsychologie rozděluje hlavní systémy chování, tedy chování, které může být organicky poškozeno, jako **kognitivní funkce**, **emoce** a **exekutivní funkce**. Mezi kognitivní funkce patří funkce receptivní, tedy výběr, třídění a integrace informace, dále pak paměť a učení a funkce expresivní a myšlení. Emocionální funkce jsou na první pohled zvnějšku závažnější a pro okolí nepříjemnější. Exekutivní funkce pak zahrnují vůli, plánování, účelné jednání a úspěšný výkon. Jiní autoři podřazují exekutivní funkce funkcím kognitivním (Koukolík, 2002; Kulišťák, 2003). Přestože dělení působí jednoduše a přehledně, uvedené systémy jsou propojeny více, než se může na první pohled zdát (Bechara, Damasio, Damasio, 2000).

Pro popis zvláštností v tomto chování a prožívání poznávacích funkcí se používá pojem **kognitivní deficit** (Preiss, Kučerová, 2006). Kognitivní deficit u deprese jako takový není tak úplně novým tématem. V zásadě o něm píše již Burton (2006) v Anatomii melancholie vydané v roce 1621. V souladu s názory s jeho předchůdců soudí, že melancholie ovlivňuje důležité schopnosti ducha jako je imaginace, kterou v této souvislosti spojuje s bludnými myšlenkami, a rozum, který není schopen bludy opravit. Zde také cituje Hercula z Saxonia, dle kterého se může stát, že poruchou imaginace mohou být zasaženy také další oblasti jako víra, soudnost, logické usuzování a uvažování.

Výzkumné podklady pro pochopení tématu kognitivního deficitu u deprese však dlouhou historii zatím nemají. Friedman (1964) jako jeden z prvních popisuje spíš

minimální zhoršení u depresivních pacientů v kognitivních testech. Avšak v té době se systematictější výzkumy zaměřovaly na kognici spíše u schizofrenních jedinců, u pacientů depresivních byly plné metodologických chyb jako je zaměňování diagnóz (výzkumné vzorky obsahovaly také pacienty s bipolární afektivní poruchou, demencí, depresí u organických poruch po úrazech atp., tedy nejen u unipolární deprese) a nedaly se tak považovat na příliš důvěryhodné. Udaly však směr současnému psychologickému bádání (Sweet, Newman, Bell, 1992). Miller (1975) pak v asi první přehledové studii zaměřující se konkrétně na depresivní osoby dokládá zhoršení pacientů v rychlosti zpracování informací, paměti a učení a kognitivních zkresleních. Kognitivní deficit dokládají i pozdější přehledové studie (Veiel, 1997; Rock et al., 2014; Scult et al., 2017b).

Kognitivní deficit u depresivního onemocnění však bývá často odborníky často opomíjen a spoléhá se na jeho vymizení společně s příznaky nemoci. Přestože není kognitivní narušení u deprese tolik závažné jako u schizofrenie či demence, nemělo by být podceňováno (Preiss et al., 2006). Ve výzkumu Afridiho a kolektivu (2011) se kognitivní deficit nachází až u dvou třetin nemedikovaných depresivních pacientů. Veiel (1997) nachází narušení exekutivních funkcí až u 50 procent depresivních pacientů. Deficit v paměťových funkcích, verbální fluenci a senzomotorické zdatnosti se objevuje u 15 procent depresivních. Tyto problémy pak mohou přetrvávat i v remisi (Reppermund et al., 2009).

Kognitivní deficit dále zhoršuje pacientův zdravotní stav, komplikuje léčbu a spolupráci pacienta na léčbě, negativně ovlivňuje návrat pacienta do běžného života a výrazně zhoršuje jeho kvalitu. Na druhou stranu však tato otázka není jednoznačná a spíše vzbuzuje otázky další vyžadující hlubší vědecké zkoumání pro lepší vymezení problematiky (Preiss et al., 2006).

## **2.1 Projevy kognitivního deficitu a diagnostika**

Přestože se předpokládá, že kognitivní deficit u depresivní poruchy má spíše globálně-difuzní charakter (Reppermund et al., 2009), ukazuje se, že některé funkce



bývají narušeny častěji a více než ostatní. Výsledky výzkumů se ukazují nehomogenní a neexistuje jednotný výkladový model, nejčastěji se však zmiňuje deficit pozornosti, paměti a exekutivních funkcí, jelikož se s depresí pojí nejvíce. S tématem souvisí také psychomotorická retardace jako přímé diagnostické kritérium depresivního onemocnění (Preiss et al., 2006).

### 2.1.1 Pozornost

Optimálně fungující pozornost vytváří podmínky pro přesnost a efektivnost dalších kognitivních procesů. Reguluje co vstupuje do vědomí a jakým směrem je vnímání zaměřeno a zamezuje přehlacení bezvýznamnými podněty (Sternberg, 2002; Kulišťák, 2003). Pozornost je možno rozdělit na několik specifických oblastí dle její funkčnosti. **Zaměřená neboli selektivní** pozornost umožňuje vybrat jeden či dva důležité podněty a udržet zaměření i přes působení distraktorů. V tomto kontextu se také hovoří o koncentraci. **Setrvalá** pozornost pomáhá vydržet u aktivity po určité časové období. **Rozdělená** pozornost představuje schopnost zaměřovat se na více než jeden podnět v určité chvíli. **Přepínání** pozornosti pak zodpovídá za změny v zaměření na různé podněty (Lezak et al., 2004).

Na správné funkci pozornosti, která souvisí s bdělým stavem vědomí, se podílí retikulární formace, limbický systém a hypotalamus. Zaměřená pozornost dále souvisí s dorzolaterální prefrontální kůrou, zadní parietální a horní temporální kůrou, talamem a bazálními ganglii, přičemž se ukazuje vyšší aktivita v pravé části. Neurotransmitery, ovlivňující pozornost jsou dopamin, acetylcholin a GABA, které souvisí také s depresivním onemocněním (Koukolík, 2002).

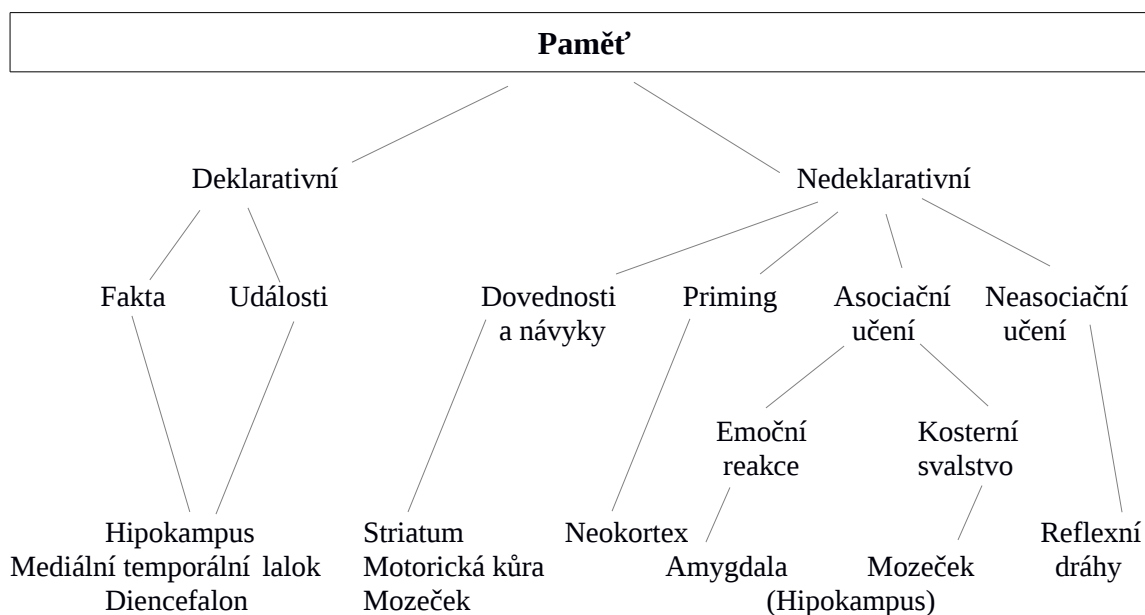
Co se týče poškození pozornosti u deprese, výzkumy často přicházejí s rozporuplnými výsledky. V metaanalýze Veiel (1997) se neukázaly signifikantní rozdíly mezi kontrolní a klinickou skupinou v testech pozornosti. Na základě toho Veiel předpokládá, že méně než 3 procenta depresivních pacientů trpí deficitem pozornosti. Další výzkumy (Reppermund et al., 2009) a metaanalýzy (Rock et al., 2014) však tuto poruchu nacházejí. Majer a kolektiv (2004) našli deficit pouze v rozdělené pozornosti, která zároveň úzce asociuje s vyšším rizikem relapsu. Dle tohoto výzkumu se narušená

selektivní ani setrvalá pozornost u deprese neobjevuje.

Mezi testy často používané pro diagnostiku poruchy u depresivního onemocnění patří test Stroopův, Test setrvalé pozornosti, CPT, používá se také Test cesty, TMT, část A (Preiss, Preiss, 2006). Obvyklým výstupem je reakční čas (Preiss et al., 2006).

### 2.1.2 Paměť

Paměť lze stručně charakterizovat jako schopnost zaznamenat, uchovat a vybavit si určitou informaci pro další použití v přítomnosti (Kulišťák, 2003). Prostřednictvím učení se novým informacím zprostředkovává posun v chování jedince vybavováním a připomínání úspěchů a neúspěchů v činnosti (Lezak et al., 2004). Systém paměti je relativně komplikovaný. Již tradičně se paměť dělí na tři základní složky, paměť *senzorickou*, *krátkodobou* a *dlouhodobou* (Atkinson, Shiffrin, 1968). Dlouhodobou paměť dále rozčleňujeme na explicitní neboli deklarativní a implicitní, nedeklarativní či procedurální. Účelem *explicitní* paměti je uchovávat informace, které je možné verbalizovat. *Implicitní* paměť uchovává informace o tom, jak provádět určité úkony. Patří sem dovednosti a návyky, priming, podmiňování, reflexy (Baddeley, 2004; Kulišťák, 2003). Tulving (1972) dále účelně dělí dlouhodobou explicitní paměť na *sémantickou*, znalostní paměť, a *epizodickou*, autobiografickou paměť spojenou s událostmi v životě. Pro jasnější pochopení a spojení s odpovídající mozkovou oblastí slouží následující schéma.



**Graf 1.** Schéma dlouhodobé paměti (Kulišťák, 2003 podle Squire, Knowlton, 1995)

Důležitou součástí je také **pracovní paměť**, schopnost operovat s informacemi v paměti úzce související s krátkodobou pamětí. Pracovní paměť bývá pro svou komplexnost spojována s exekutivními funkcemi (Kulišťák, 2003; Baddeley, 2004). Další způsob dělení paměti spočívá na zdroji. Můžeme tedy rozlišovat paměť vizuální, prostorovou, auditivní, verbální či motorickou (Kulišťák, 2003).

Těžké paměťové narušení izoluje pacienty od kontaktu s vnějším světem a komplikuje veškerou úzdravu (Lezak et al., 2004). U pacientů s depresí se projevují především deficity v epizodické paměti a schopnosti učení se novému. Alterace na úrovni implicitní paměti nebyly prokázány (Preiss et al., 2006). Je zde možná souvislost se stresem, jelikož u depresivních pacientů ranní hladina kortizolu korelovala s deficitem paměti (Egeland et al., 2005).

Verbální paměť je obvykle měřena Reyovým paměťovým testem učení (Rey, 1964), který zaznamenává krátkodobou i dlouhodobou verbální paměť, křivku učení, rekognici a je citlivý i na pozornost. Rey-Osterriethova figura je testem učení vizuálně prostorového, také zaznamenává konstrukční dovednosti při kopírování, reprodukci i oddálené reprodukci (Košč, Novák, 1997). Dále je využívána například Wechslerova

škála paměti měřící paměť krátkodobou, vizuální, auditivní a pracovní (Veiel, 1997; Preiss et al., 2006).

### **2.1.3 Exekutivní funkce**

Exekutivní funkce si můžeme představit jako realizátory cíleného jednání, především pak o formulaci cíle, plánování a přípravu činnosti vedoucí k cíli a provedení činnosti. Exekutivní funkce jsou v tomto kontextu vůle, plánování, účelné jednání a úspěšný výkon (Lezak et al., 2004). Otázkou také ztotožňování exekutivních funkcí s kognitivními. Podle názoru Lezak a kolektivu (2004) se od sebe tyto dva koncepty v mnoha ohledech liší. Otázkou deficitu kognice jsou spíše konkrétní funkce, zatímco při narušení exekutivních funkcí se projevuje spíše globálně a může ovlivnit i kognitivní fungování. Koukolík (2002) naopak podřazuje exekutivní funkce funkcím kognitivním. Jedná se o schopnost tvořit a uskutečňovat plány, analogie, pravidla sociálního chování, řešit problémy, adaptovat se na změny okolností, vykonávat více činností současně, zařazovat události do času a prostoru či ukládat, zpracovávat a vyvolávat informace z pracovní paměti. Ve vymezení exekutivních funkcí nepanuje úplný souhlas, vymezení se liší na teoretické bázi i pro výzkumné účely.

Deficity v exekutivních funkcích bývají asociovány převážně s frontálním kortexem. U depresivních pacientů se ukazují deficity především v řešení problémů a plánování. Selhávají v ověřování hypotéz a kognitivní flexibilitě. Tato rigidita, spojená především s dorzolaterálním prefrontálním lalokem, může způsobovat zhoršené vyrovnávání se s životními situacemi a vést k přetrvávání depresivní nálady a zvýšenému vystavování stresu (Fossati, Ergis, Allilaire, 2002). Ukazuje se také souvislost mezi selháváním v textech exekutivních funkcí a zvýšeným kortizolem (Egeland et al., 2005). V akutní fázi depresivního onemocnění se objevuje především narušení na úrovni inhibice, řešení problémů, mentální flexibilitě, verbální fluenci a pracovní paměti (Hammar, Årdal, 2009).

Nejčastějšími testy používanými pro měření exekutivních funkcí jsou Test cesty, část B, Wisconsinský test třídění karet nebo Californský test třídění karet, které měří především kognitivní flexibilitu. Rozhodování je pak možno měřit testem Hanoiská věž

(Fossati, Ergis, Allilaire, 2002), ale také Testem tvorby rodokmenu. Preiss s kolektivem (2006) považují za exekutivní funkci také kognitivní odhad, tedy usuzování o otázkách, na kterou subjekt nezná přesnou odpověď, ale musí aproximovat na základě zkušeností, využívá plánování, řešení problému a rozhodování. Pro zmapování se využívá Test kognitivního odhadu.

#### 2.1.4 Styly myšlení spojené s depresí

Nedostatečně fungující kognice může vést depresivní pacienty ke zpracovávání nevhodné či nedůležité informace a redukovat kapacitu, ovlivňovat změny nálady (Fossati, Ergis, Allilaire, 2002). Za jeden přístup můžeme považovat již dříve uvedenou Beckovu (1979) teorii deprese popisující typické omyly v myšlení v automatických negativních myšlenkách. Riso s kolektivem (2003) dále popisuje čtyři základní kognitivní styly, které se často vyskytují u depresivních pacientů. **Dysfunkční postoje** jsou spíše rysové charakteristiky negativního vnímání a prožívání, které se objevují u depresivního jedince. **Raná maladaptivní schémata** jsou širší vzorce vycházející z raného dětství. **Atribuční styl** je u depresivních jedinců při posuzování negativních událostí spíše globální, stabilní, naopak pozitivní události bývají posuzovány jako nestabilní a závislé spíše na situaci. Typické pro depresivní jedince jsou **ruminace**, které bývají popisovány jako „mentální přežvykování“ příčin a následků vlastní deprese. Ve výzkumu Watkinsona a Browna (2002) se ukázalo, že ruminace mohou mít vliv na exekutivní funkce. Depresivní probandi, kteří před testem exekutivních funkcí dostali interferenci, která indukovala ruminace, skórovali signifikantně hůře než kontrolní skupina. Avšak v případě, kdy byla interferencí pouhá distrakce, skupiny se ve výsledcích signifikantně nelišily. Tento nálezný může také naznačovat příčiny kognitivního deficitu u depresivních osob. Opačné tendence se naopak ukazují v teoriích tzv. analyticko-ruminační hypotézy, která bude představena později.

Výzkumy potvrzují ideu, že uvedená negativní schémata přetrvávají i mimo období deprese a je zde možné spojení s vyšší aktivitou v pravé a nižší aktivitou v levé hemisféře (Crews, Harrison, 1995).

## 2.2 Příčiny kognitivního deficitu

Preiss a kolektiv (2006) zmiňují dvě hypotézy, zda deprese vyvolá poruchu kognitivních funkcí, a ta zpětně prohlubuje závažnost deprese, nebo naopak vede k oběma poruchám, tedy poruše nálady i kognice, dlouhodobý stres a řada dalších změn na úrovni mozku. Pravděpodobně mají oba přístupy pravdu. Mechanismy vzniku kognitivního deficitu jsou však ještě stále předmětem výzkumu. Předpokládá se, že etiopatogeneze je obdobná depresivnímu onemocnění, svůj podíl tedy má stres, biologické a vrozené faktory. V průběhu onemocnění je možné pozorovat tento deficit ve změnách na úrovni mozku. S kognitivními funkcemi pravděpodobně souvisí narušená plasticita mozku a strukturální mozkové abnormality již zmíněné dříve. Souvislost je možno najít také na úrovni neurotransmiterů, které nefungují odděleně. Nerovnováha v monoaminergním systému ovlivňuje nerovnováhu acetylcholinu, který má vliv na kognici (Höschl, 2002).

Původní hypotéza pravohemisférové dysfunkce spojující symptomy deprese s organickým poškozením právě v pravé hemisféře (Folstein, 1977; Flor-Henry, 1979) vidí kognitivní deficit jako důsledek poškození pravého temporálního laloku. Pozdější hypotézy mluví o větším arousalu v pravé hemisféře oproti levé. Tato skutečnost však uspokojivě nedokáže vysvětlit problematiku kognitivního deficitu (Crews, Harrison, 1995). Obdobně motivační hypotéza, která deficit spojuje s abulií a nedostatečnou motivací u pacientů, nemá jasnou podporu ve výsledcích výzkumů (Richards, Ruff, 1989). Současné teorie se přiklání k multikauzální etiopatogenezi.

### 2.2.1 Hypotézy „trait“, „state“ a „scar“

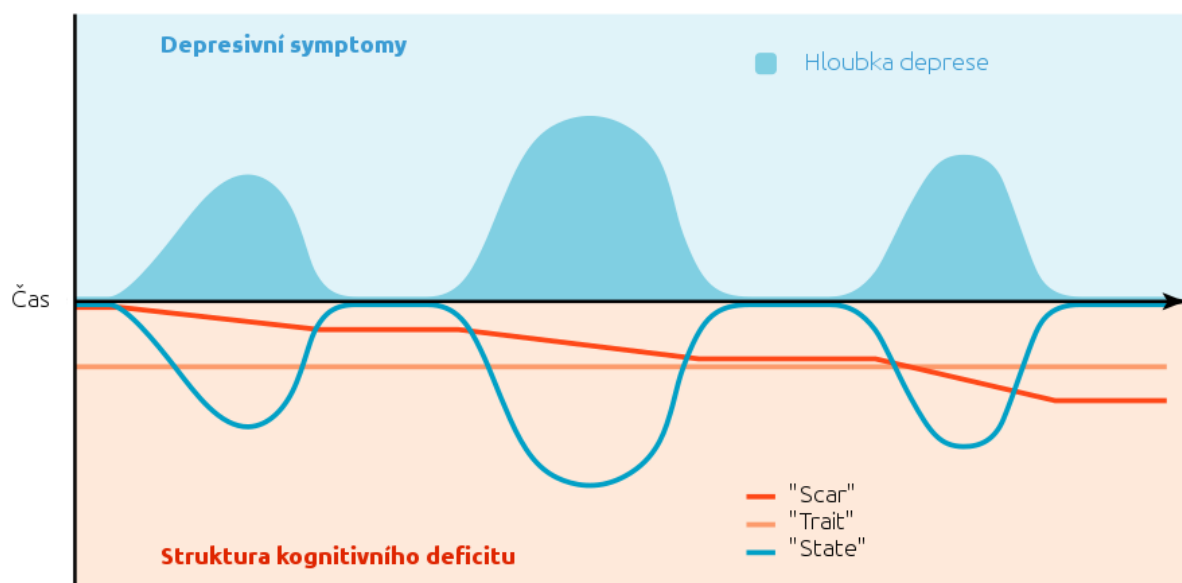
Je však kognitivní deficit predeterminující rys, který zvyšuje vulnerabilitu vůči depresivitě? Jedná se o stav související aktuálními depresivními příznaky, který spolu s vymizením příznaků odezní? Anebo se jedná o jakousi jizvu, které po sobě depresivní onemocnění zanechá? Z těchto otázek vychází další hypotézy příčin a souvislostí kognitivního deficitu u deprese.

Hypotéza „*trait*“, neboli rysová, hovoří o předem dané vlastnosti, která ovlivňuje

funkčnost. Dochází k pokračování něčeho, co se objevovalo již před započítím depresivních symptomů (Preiss et al., 2006). Tato problematika bývá spojována především s vyšší inteligence. Teorie předpokládá, že osoby s vyšší inteligencí díky lepší neuronální integritě (Barnett et al., 2006) či vyšší schopnosti vyvíjet copingové strategie, které depresi předcházejí (Sculth et al., 2017a) nepodléhají tolik depresivnímu onemocnění. V longitudinální studii Sarapase a kolektivu (2012) se ukazuje významný kognitivní deficit u depresivní poruchy, přičemž výsledky jsou spíše stabilní v čase. Neukazuje se ani zlepšení kognice při zmírnění depresivních symptomů. Proti této hypotéze však částečně stojí fakt, že deprese se vyskytuje i osob vysokoškolsky vzdělaných, u kterých se předpokládá správná funkce kognice pro splnění požadavků výuky. Přesto však může být tato hypotéza důležitá při preventivních aktivitách (Allott, 2016).

Opačným přístupem pak je pak hypotéza „scar“, neboli jizvová. Na základě této teorie se v průběhu depresivního onemocnění objevují změny na úrovni fyziologie a neurochemie, způsobující přetrvávající změny v kognitivní funkčnosti. Deficity se neobjevovaly dříve, snížení schopností se tedy rozvinulo až společně s depresí (Lewinsohn et al., 1981). Této hypotéze by mohlo nasvědčovat zjištění, že kognitivní funkčnost osob s chronickou rekurentní depresí je narušeno více (Riso et al., 2003).

Hypotéza „state“, neboli souvislost se současným stavem, taktéž předpokládá, že snížení schopností je způsobeno depresivním onemocněním. Je však úzce spojováno s depresivními symptomy a očekává se jejich odeznění společně s odezněním deprese. Výsledky metaanalýzy longitudinálních studií Sculta a kolektivu (2017b) nasvědčují tomu, že kognitivní schopnosti jsou ovlivňovány hloubkou depresivního onemocnění. Doklad můžeme také nalézt v již zmíněném výzkumu Watkinsona a Browna (2002), kdy ruminace predikují zhoršení v testech exekutivních funkcí. Tento stav může být způsobem nerovnováhou v neurotransmitterovém systému (Allott, 2016). Obdobně v longitudinální studii Schaefera a kolektivu (2017) nebyla nalezena podpora pro predikci deprese z kognitivního deficitu ani pro přetrvání symptomů po odeznění deprese.



**Graf 2.** Hypotézy příčiny vzniku kognitivního deficitu u depresivní poruchy (Allott, 2016)

Přes rozporuplné výsledky studií mohou být všechny uvedené metody částečně pravdivé a využitelné v terapeutickém procesu. Uvedené hypotézy bývají obvykle ověřovány na základě různých metod, což může být zdrojem odlišných výsledků. Nejčastěji se jedná o rodinné studie dědičnosti, studie premorbidních schopností a v longitudinálních studiích s opakovaným měřením kognitivních funkcí. Často se měří kognice v současné depresivní fázi nebo v remisi (Allott, 2016).

### 2.2.2 Analyticko ruminační hypotéza

Na opačném pólu teorií, které se snaží vysvětlit povahu kognice u depresivních osob, stojí analyticko ruminační hypotéza. Přináší kritiku přístupů, které vnímají změny kognice u depresivity veskrze negativně. V současnosti narůstá počet výzkumů, které se zaměřují na pozitivní stránky smutku. Především na posílení analytického způsobu myšlení, důležitého pro řešení komplexních problémů (Andrews, Thomson, 2009). Seligman (2014) uvádí, že pro dosahování optimálního výkonu je důležité jak rychlé reagování a řešení problémů, ale také pomalý styl. Obdobně pomalé myšlení na základě důkladné analýzy a analogických kroků vede k přesnějším výsledkům než heuristické způsoby řešení (Kahneman, 2011). Hypotéza byla ověřována již relativně dávno,



vycházela z lidové moudrosti, která považuje smutného za moudřejšího. Usuzování depresivních studentů o událostech v budoucnosti se daleko více shodovaly s realitou než u kontrolní skupiny (Alloy, Abramson, 1979).

Ve výzkumech sociální psychologie se ukazuje, že lidé, kteří se cítí dobře, více podléhají nerealistickému optimismu co se týče budoucích rizik a jsou náchylnější k unáhlenému utrácení peněz (Forgas, Ciarrochi, 2001). Negativní afekt oproti tomu pomáhá v přesnějším odhadu sociálních situací (Greenawalt, Hays, 2012), realističtějším odhalováním rizik v procesu zpracování informací, snižovat chyby v úsudku a zlepšovat paměťové schopnosti v případě svědeckých výpovědí (Forgas, 2008). V komplexních úlohách jako je sekretářčin problém, kdy proband v několika kolech volí nejlepšího uchazeče pro pracovní pozici na základě omezené informace relativního pořadí jedince, depresivní jedinci vykazují lepší výsledky ve srovnání s kontrolní skupinou. Autoři vysvětlují zjištění tak, že vliv deprese na kognitivní funkce je komplexní a nemůže být spojována pouze s deficitem (von Helversen et al., 2011). Depresivita také může být zdrojem tvořivého potenciálu (Andreasen, Canter, 1974).

Andrews a Thomson (2009) předpokládají, že ruminace depresivním pacientům pomáhají řešit konflikt. Deprese je v tomto kontextu viděna jako důsledek potřeby vyřešit nějaký komplikovaný a komplexní problém. V takové situaci se začínají odehrávat změny na úrovni biochemie v lidském těle, se kterými se objevují ruminace. Ty jsou vnímány jako funkce, které se evolučně vyvinuly za účelem analýzy složitého problému a ukázaly se jako nápomocné při jeho řešení. Z toho důvodu se v laboratorních testech může zdát, že deprese snižuje kognitivní kapacitu pro řešení problémů. Důvodem však může být zaměstnání zdrojů právě ruminacemi. Ruminace jsou pro depresi přínosné, jelikož přitahují pozornost k vyřešení problémové situace. Nevhodné se stávají ve chvíli, kdy si nemocní vyvinou maladaptivní vyhýbavé strategie řešení problémů.

### **2.2.3 Klinické faktory**

Další otázkou pro lepší porozumění vzniku depresivního onemocnění také je, zda mají klinické faktory vliv na kognitivní výkonnost u depresivních pacientů. Často se ukazuje souvislost mezi mírou narušení kognice a *subtypem deprese*. Kognitivní profil

pacienta s psychotickou depresí je spíše podobný deficitu u schizofrenního onemocnění. Narušení se ukazuje závažnější (Riso et al., 2003). Pacienti s bipolární afektivní poruchou také vykazují horší výsledky v kognitivních testech než pacienti s unipolární depresí (Cotrena, 2016). U unipolárních pacientů daleko více souvisí trvání deficitu s psychiatrickou poruchou než u bipolární poruchy (Preiss et al., 2006). **Hloubka deprese** může být také určující pro poruchy v kognici. Ukazuje se, že více postižení jsou pacienti s chronickou rekurentní depresí (Riso et al., 2003). Důležitým faktorem, který může ovlivňovat výsledky v kognitivních testech je **medikace**. Dřívější tricyklická antidepresiva měla v tomto ohledu více nežádoucích účinků, především co se paměti a psychomotorického tempa týče. Antidepresiva novější generace jako SSRI, SSNRI či IMAO mají těchto efektů méně, naopak u některých funkcí kognici posilují (Preiss et al., 2006). Elliott (1998) také objevila velký rozdíl v kognitivních symptomech mezi pacienty, kteří se léčili ambulantně, a těmi hospitalizovanými. Hypotéza, že hospitalizovaní pacienti bývají v horším stádiu deprese, proto se u nich objevuje horší kognitivní profil. Na základě dat se však neobjevil signifikantní rozdíl v úrovni deprese mezi těmito dvěma skupinami. Otázkou pak zůstává, zda je tento efekt způsoben rozdílem v léčbě při **hospitalizaci** nebo zda větší problémy v kognici jsou větší indikací pro hospitalizaci. Na kognici se také může projevit efekt **stárnutí**. Neuropsychologické metody jsou často úzce spojeny s věkem a v tomto kontextu jsou i vyhodnocovány (Arango-Lasprilla et al., 2015). U starších pacientů pak deprese může mít souvislost s dalšími onemocněními majícími vliv na kognitivní výkon (Preiss et al., 2006).

## 2.3 Léčba

Jak bylo vysvětleno výše, v současné době neexistuje jednotná teorie, která by jasně vysvětlila jak příčiny depresivního onemocnění, tak možného průvodního efektu v podobě poškození kognice. Dle teorie, že je narušená kognice stavem, které provází depresivní onemocnění, ale společně s vymizením symptomů deprese přestávají být důležitými i kognitivní symptomy. V souvislosti s tímto v současné praxi asi nejběžnější přístupem je odpovídající léčbou kombinace terapeutického a

psychofarmakologického přístupu (Preiss et al., 2006).

Při psychofarmakologické léčbě je vždy třeba brát ohled na pacienta a jeho stav. Nevhodná léčba může prohloubit kognitivní deficit a zkomplikovat celkovou léčbu. Především u starších pacientů by se neměly indikovat tricyklická antidepresiva s anticholinergním efektem, která zhoršují funkci paměti a ve větších dávkách mohou navodit až delirium. Naopak léky SSRI, především pak setralin a fluoxetin ukazují zlepšení například v testu učení (Kopeček, 2006).

Jak se ukazuje, antidepresivní léčba řeší především symptomatologii onemocnění, psychoterapie jde hlouběji a snaží se hledat a léčit příčinu. Dle analyticko-ruminační teorie pak úspěšná terapie pomáhá depresivním pacientům vyřešit důležité problémy v jejich životech (Andrew, Thomson, 2009). Výše představené terapeutické techniky mohou být tedy účinné při řešení problematických situací, a tím zlepšovat kognitivní příznaky. Crews a Harrison (1995) doporučují brát při terapii kognitivní deficit v potaz a plánovat raději větší počet sezení.

Dle Preisse a kolektivu (2006) v současnosti neexistuje jasně stanovená neuropsychologická rehabilitace kognitivního deficitu u deprese. Doporučení publikace však zní provádět opakovaně diagnózu narušených funkcí, naučit pacienta kompenzačním technikám jako je zapisování poznámek při narušené paměti a přizpůsobit terapeutický plán deficitu, který je mezi sezeními znovu evaluován.

Pro přetrvávající reziduální symptomy v kognici, které zasahují do osobního i pracovního života pacienta je však vhodnější využít specifitěji zaměřeného kognitivního tréninku. V zahraniční literatuře lze najít využívání různých kognitivních tréninků. Ve výzkumu Twamley a kolektivu (2017) se při indikaci 12ti týdenního kognitivního tréninku zlepšení nacházelo především v pracovní paměti, hloubce deprese a kvalitě života. Z dlouhodobějšího hlediska se ukazuje mírná souvislost se zlepšením učení. Nebyla však nalezena žádná souvislost s pracovním životem zkoumaných. Výsledky se objevují při využití dvacetihodinového kognitivního tréninku prováděného online také u depresivních pacientů v remisi. Výsledky byly pozorovány na rozdělené pozornosti, verbální pracovní paměti, plánování, ale také na funkcích, na které nebylo primárně cíleno, tedy dlouhodobé paměti a kognitivní flexibilitě (Semkovska, Ahern,

2017).

Obvyklejší výzkumy se zaměřují na starší pacienty. Využit byl například Neuropsychological Educational Approach to Remediation, NEAR, systém remediacce a psychoedukace určený obecně pro psychiatrické pacienty. Po desetitýdenním tréninku, který probíhal dvakrát týdně, bylo zaznamenáno zlepšení kognice u starších pacientů (Naismith et al, 2011). Velmi pozitivní efekt ukazuje také využití programu neuroplastické remediacce pro geriatrické pacienty s rezistentní depresí. U této specifické skupiny program pomohl současně se zlepšením kognitivních funkcí také k částečnému odbourání depresivních symptomů. Trénink může dosahovat obdobného účinku jako antidepressivní léčba, což naznačují shodné výsledky skupiny pacientů, která byla medikována escitalopramem (SSRI) (Morimoto, 2014).

Téma kognice u depresivního onemocnění však zůstává spíše novým, koncept je spíše teoretických a chybí výzkumné podklady. Problematiku je vhodné lépe zmapovat pro lepší využití v léčbě pacientů.

## 3 Kulturní kontext

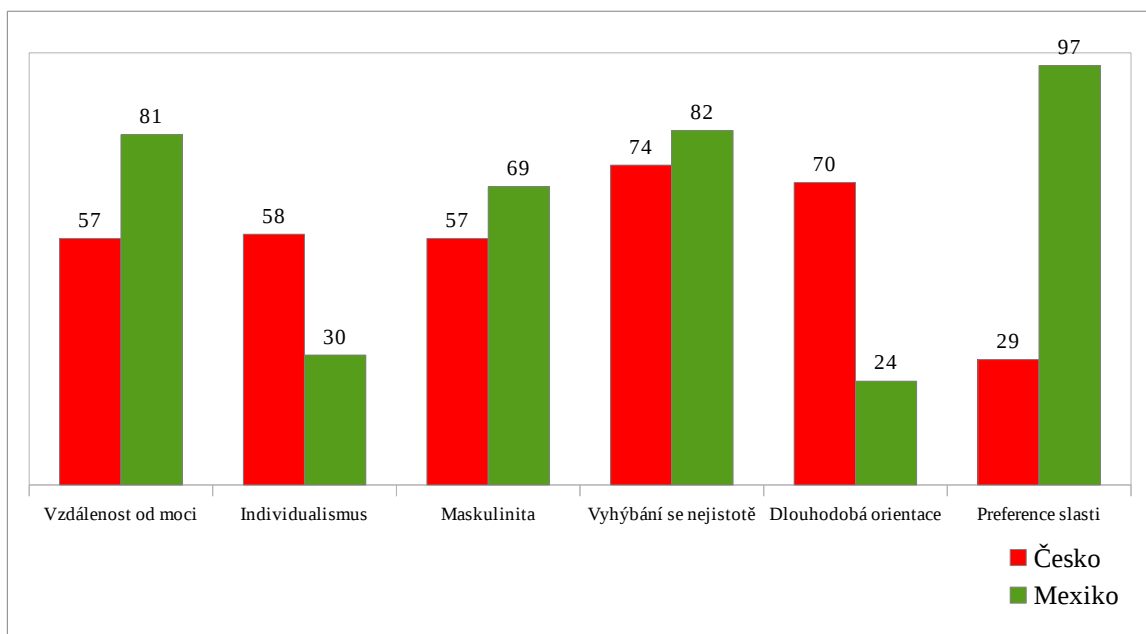
Kultura, ve svém užším významu, je vztahována k projevům chování lidí. Dle Berryho (2002) jsou kultury produktem minulého lidského chování a organizátorem chování budoucího. Z tradičního antropologického pojetí jde o „celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím“ (Murphy, 1998, s. 32). Hall (1959) dodává, že kultura mnohdy více schovává a nechává odkrytou jen pomyslnou špičku ledovce. Paradoxně nejvíce zaslepuje její vlastní účastníky, kteří si často uvědomují charakteristiky své kultury až ve střetu s kulturou odlišnou.

Z hlediska kulturního relativismu je možno kultury pochopit a popsat jen prostřednictvím jejich vlastních systémů hodnot, norem a myšlení a ne etnocentricky očima vlastní kultury. Z tohoto úhlu pohledu je pomyslné porovnávání jablek a hrušek možné, můžeme porovnat jejich sladkost či říct, že se jedná o druhy ovoce. Následující text si ve stejném duchu klade za cíl porovnání dvou odlišných kultur, které tvoří vzorky pro výzkum. Oproti tomu stojí kulturní univerzalismus, tedy systém obecně platných vzorců, jako například to, že se na celém světě objevuje depresivní onemocnění a lidská kognice má určité kvality. Oba uvedené principy pak dávají možnost pro mezikulturní porovnávání. Na této myšlence je postavena srovnávací kulturní psychologie (Berry, 2002).

### 3.1 Hofstedeho kulturní dimenze hodnot

Nástrojů pro jednodušší pochopení a popis kultur již existuje nespočetné množství. Za všechny by bylo vhodné zmínit alespoň teorii Schwartz (1994) nebo Trope a Liberman (2010). Druhá zmíněná obsahuje zajímavou dimenzi pojetí času. Jelikož se

však teorie do značné míry překrývají, pro jasnější popis byla zvolena populární Hofstedeho (2001) kulturní dimenze. Výzkumný a teoretický podklad vycházel původně z mezinárodního srovnání zaměstnanců IBM, které bylo rozšířeno a aproximováno. Přestože je možné najít v metodologii výzkumu i teorii samotné mnoho děr, popularita a užitečnost metody pro účely této práce, tedy přiblížení dvou zvolených kultur poslouží. Využita jsou data Hofstede Insight (2018), reflektující autorovu práci a s autorem spolupracující.



**Graf 3.** Hofstedeho kulturní dimenze pro Česko a Mexiko (Hofstede, 2001; Hofstede Insight, 2018)

### 3.1.1 Vzdálenost od moci

V každé společnosti se objevuje nerovnost. Vzdálenost od moci zachycuje vztah mezi autoritou a její nadřazeností jedinci, způsob, jakým je nerovnost vnímána a přijímána. Velká vzdálenost moci odráží souhlas a očekávání rozdílného postavení, nemožnost a odmítání sociální mobility, hierarchizaci postavení, příjmů a okázalá prezentace řečeného. Objevují se velké třídní rozdíly a výchova k úctě. Naopak společnosti s malou vzdáleností od moci vytváří rovné příležitosti, přerozdělují

prostředky, nekladou důraz na sociální status. Silná je zde střední třída. Výchova je směrem k samostatnosti a svobodě (Hofstede, 2001).

Česká republika dosahuje indexu 57, což ukazuje spíše na hierarchickou společnost (Hofstede Insight, 2018). Výsledek víceméně odpovídá výsledkům Kolmana a kolektivu (2003). Oproti tomu stojí výsledky Stacha (2011), které řadí Česko na index 30. Tedy spíše nižší vzdálenost. Dle názoru autorky je pozice středu odpovídající. V mnoha sférách je stále hierarchie důležitá a projevy úcty se dodržují. Příkladem může být vykání či užívání titulů nejen na akademické půdě. Dostupnost vzdělání však není privilegizována finančně, tudíž prostupnost je spíše volná.

Mexiko oproti tomu se skóre 81 (Hofstede Insight, 2018) doopravdy hierarchickou společností je. S minimální denní mzdou téměř se rovnající české minimální mzdě hodinové je téměř nemožná vertikální mobilita v rámci tříd. Kvalitní univerzity jsou často soukromé, tedy placené. Stejně jako soukromé střední školy. Státní školy pak nedisponují takovými prostředky a absolventi nejsou tolik konkurence schopní. Stejně je to s přístupem ke zdravotnické péči, která je značně finančně strukturovaná. To vše podporuje fakt, že v Mexiku žije více než 43 procent populace v chudobě, přičemž 70 procent populace trpí alespoň jedním sociálním nedostatkem (nedostatečné vzdělání, možnost zdravotního a sociálního pojištění, kvalitní bydlení a služby s ním spojené, strava) (CONEVAL, 2016).

### **3.1.2 Individualismus, kolektivismus**

Začlenění se do skupin je jednou ze základních lidských potřeb. Tato integrace je zachycena v další Hofstedeho (2001) dimenzi, která měří stupeň závislosti na společnosti, tedy zda je důležitější „já“ nebo „my“. V individualistických kulturách, kde lidé jednají spíše jako nezávislí jedinci, je dáván důraz na úspěchy a názory jedince, roli hraje osobní svoboda, zaměření na úkol je vnímáno jako důležitější než vztahy. Naopak v kolektivistických kulturách jednotlivec jedná spíše jako člen skupiny, které podřizuje své postoje, názory a jedná v jejím zájmu. Silnou roli má rodina s bohatými a pevnými příbuzenskými vztahy.

Česko se řadí ke skóre 58 jako spíše individualistická společnost (Hofstede

Insight, 2018). Dle dalších výzkumů jsme mnohem více individualističtí (Kolman et al., 2003; Stach, 2011).

Mexiko je se skóre 30 kolektivistickou společností (Hofstede Insight, 2018). Rodina je nejdůležitější institucí. Děti často zůstávají doma dlouho poté, co už dospěly a zde přivádí své nové rodiny. Širší rodinné sítě se utužují při různých sociálních událostech jako je například svatba, která bývá velkolepá a provází jí mnoho rodinných rituálů. Důraz je kladen na příslušnost ke skupině, která se spíše rozrůstá, ale zůstává stejná, než že by se měnila. Jedná se například o skupiny kamarádů, různé církevní spolky, ale především rodiny (Díaz-Loving, 2017). Úkazem kolektivismu může být také oslovení. Oslovení „amigo“ (kamaráde) je naprosto běžné mezi všemi sociálními vrstvami. Zdraví tak například číšník zákazníka. Ve více formálním prostředí jako je nemocnice je běžné užívání křestního jména spolu s titulem („licenciada Ivana“, „doctora Marytza“). Přestože je tedy zachována hierarchie, jakýmsi způsobem je docíleno blízkosti. Tykání je běžnější forma komunikace.

### **3.1.3 Maskulinita, femininita**

Další dimenzí, na které můžeme srovnat různé kultury, je příklon k maskulinitě či femininitě, což vychází z výzkumného zjištění, že mužské hodnoty se daleko více kulturně liší. Ve femininních zemích jsou děti vychovávány k obdobným sociálním rolím a emocím. Oba rodiče pak zastávají stejnou roli ve výchově. Důraz je kladen na rovnováhu mezi rolemi pracovními a rodinnými. Slabším je poskytována podpora a náboženské aktivity se centrují na důležitost lidské bytosti. Sex je způsob posílení vztahu. Femininní kultury více pečují o vztahy, kvalitu života či přírodu. Oproti tomu maskulinní společnosti diverzifikují mužskou a ženskou roli. Důležitější je práce a výkon. Obdivováni jsou silní. Hodnotová výchova spíše směřuje směrem, že chlapci nepláčou, ale brání se bojem, zatímco dívky pláčou a nebrání se. Hlavní slovo má v rodině otec, sexualita je projev výkonu. Jen málo žen se prosadí ve vyšších pracovních pozicích. Maskulinní kultury hledí spíše na pokrok (Hofstede, 2001).

Česká republika je považována spíše za maskulinní společnost (Hofstede Insight,



2018). Z výsledků dalších výzkumů (Kolman et al., 2003; Stach, 2011) by bylo však vhodnější ji považovat za femininější.

Mexiko je maskulinní společností (Hofstede Insight, 2018). Dost často sami sebe popisují jako machistickou kulturu, plnou sociálních zvyků, které ukazují na podřízenost ženy. Jít ve dne po ulici sama jako žena může znamenat spoustu nechtěné pozornosti, minimálně troubení aut. Naprosto automatické je otevírání dveří a placení účtu za ženu. Kamarádství mezi mužem a ženou dle popisů neexistuje.

### **3.1.4 Vyhýbání se nejistotě**

Dimenze pojednává o míře tolerance k mnohoznačnosti. Nejedná se tolik o vyhýbání se riziku jako pocit z nestrukturovaných situací. Společnosti vyhýbající se riziku mají větší tendenci strukturovat pravidla a normy, věří v jednu pravdu a jsou daleko méně tolerantní k odlišnostem. Opakem je společnost, která přijímá životní nejistotu takovou, jaká je. Odlišné vidí spíše jako zajímavé než ohrožující (Hofstede, 2001).

V České republice se ukazuje spíše větší vyhýbání se nejistotě (Hofstede Insight, 2018). Na této dimenzi se shodují i další uvedení autoři (Kolman et al., 2003; Stach, 2011).

Stejně tak Mexiko je zemí vyhýbající se nejistotě. Důkazy můžeme nalézt v dodržování různých rituálů, důležitost institucí jako je rodina (Díaz-Loving, 2017). V Mexiku je také velmi vysoká důležitost náboženství (INEGI, 2010).

### **3.1.5 Dlouhodobá orientace**

Dlouhodobá a krátkodobá orientace vyjadřuje vztahování se k budoucnosti a s tím souvisejícími vlastnostmi jako je vytrvalost a ochota podřizovat aktuální uspokojení dlouhodobým cílům. Dlouhodobá orientace je charakteristická adaptabilita, zaměření na události v budoucnosti a chování jako je spoření. Typický atribuční styl je připisování neúspěchu nedostatku snahy. Opakem je pak zaměření se na současnost, tradice, události z minulosti či blízké budoucnosti a připisování neúspěchu náhodě.

Česká republika je orientovaná dlouhodobě. Mexičané jsou naopak orientováni krátkodobě. Důležitá je pro ně současnost. Ne vždy mají velké ambice, to nejdůležitější je založení rodiny. Zaměřují se hodně na dobré jídlo a zábavné rituální oslavy.

### 3.1.6 Požitkářství, zdrženlivost

Dimenze, kterou Hofstede (2011) přidal až relativně nedávno, na základě Světového výzkumu hodnot (World Value Survey, 2018), pojednává o uspokojování lidských potřeb. Osciluje mezi hédonismem a střídmostí. Požitkářské kultury daleko více vnímají, že mají život pod kontrolou, cení volnočasové aktivity, sport, jsou liberálnější k sexuálním otázkám, zaměřují se na pozitivní emoce, avšak jsou také obéznější. Zdrženlivé kultury odráží přesvědčení, že uspokojování potřeb má být podřízeno společenským normám. Jedinci zde spíše vnímají bezmocnost, zaměřují se na negativní emoce a nehodnotí volný čas jako natolik důležitý.

Česká kultura obecně není požitkářská. Typické se zdá být zaměřování na negativní emoce. Pravděpodobně českému depresivnímu pacientovi spíše pomůže existenciální terapie než pozitivní intervence. Opakem je kultura mexická s velmi vysokým skórem v této dimenzi.

## 3.2 V co věří Mexičané

Pro lepší pochopení mexické kultury z pohledu českého čtenáře je uváděna teorie významného mexického psychiatra a psychologa 20. století, Díaz-Guerrera, která čítá několik dimenzí založených na přesvědčeních běžných Mexičanů. Díaz-Loving (2017) provedl analýzu, jak to s těmito přesvědčeními vypadá v současnosti. Ukazuje se, že se jedná o veličiny velmi závislé na vzdělání. **Machismus**, který je v Mexiku obzvláště silný, odrážející přesvědčení o nadřazenosti muže, se projevuje téměř u poloviny osob se základním vzděláním. Jedná se o přesvědčení, že žena by měla být poslušná a muž je inteligentnější než žena. Tato přesvědčení se téměř neukazují u středoškolsky a vysokoškolsky vzdělané populace. Naopak související přesvědčení, že je důležité, aby byl muž silný a statečný jsou stále silná. Dalším faktorem je absolutní **poslušnost** rodinným autoritám. Rodiče mají být milováni a plně respektováni. Poslušnost opět

souvisí s dosaženým vzděláním, avšak je o dost silnější než faktor předchozí. Téměř všichni se základním vzděláním uvádí, že rodiče by se měli plně poslouchat a jejich rozkazy by se neměly zpochybňovat nebo komentovat. Tyto přesvědčení má až polovina středoškoláků a až 20 procent vysokoškoláků. **Neposkvrněnost**, faktor, který do značné míry souvisí s prvním uvedeným, odráží hodnotu ženské sexuality. Až 70 procent osob se základním stupněm vzdělání souhlasí s tvrzením, že žena by měla být až do svatby pannou. Opět se jedná o klesající tendenci společně se vzděláním, tudíž přesvědčení se téměř neobjevuje u vysokoškoláků. Faktor **obětavosti** předpokládá, že ženský život je těžší a plný utrpení. Téměř 80 procent osob se základním vzděláním a 50 procent s vyšším souhlasí s tvrzením, že většina mexických matek se velmi obětuje. Strach z autority, kterou představují rodiče, odráží fakt, že 60 procent respondentů se základním vzděláním a 40 procent s vyšším souhlasí s tvrzením, že se mnoho dětí bojí svých rodičů. **Rodinný status quo** je tendence udržet strukturu vztahů v této instituci beze změn, tak jak byla uvedena výše. Důležitá je manželská věrnost, rodinná hrdost a postavení rodičů v rodinné hierarchii. Tento faktor představuje vztahování se k rodině, pro Mexiko typické. Tyto přesvědčení jsou velmi silné u všech respondentů. **Respekt nad láskou** není tak silnou doménou jako tomu bylo v dobách Díaz-Guerrera. Tento faktor vyjadřuje důležitost respektu oproti lásce. Na otázku, zda je důležitější respektovat, než mít rád rodiče odpovídá kladně 50 procent respondentů se základním vzděláním. Se stoupajícím vzděláním souhlas rapidně klesá. **Rodinná čest**, tedy zda jsou dodržovány normativy chování pro udržení dobrého jména rodiny jako zneuctění nevěrami, homosexualitou a souvisejícími tresty není tak silné, dosahuje okolo 40 procent kladných odpovědí u nízkého stupně vzdělání a má klesající tendenci. **Kulturní rigidita** je silnou dimenzí. Jedná se o souhlas s tradičními kulturními normami. V tomto výzkumu je pojata především s ohledem na roli ženy jako matky, která by neměla pracovat a měla se starat o domácnost a děti. Pokud mírně rozšíříme tuto dimenzi v kontextu Berryho (2002) teorie začleňování se do nové kultury, což je možné vidět na velkém počtu Mexičanů ve Spojených státech amerických, není možné si nevšimnout jasné tendence k separaci přichozích s ohledem na novou kulturu. Mexičtí přistěhovalci se často drží s dalšími mexickému přistěhovalci a vytváří hispánskou komunitu, která nemá potřebu mluvit

jiným jazykem, uchovává svoje tradice a zvyky a přetrvává přes generace (Cuellar, Arnold, Maldonado, 1995). V tomto kontextu je opět potřeba připomenout tendenci vzdělanosti, která se ukazuje v Díaz-Lovingovu (2017) výzkumu. Autor upozorňuje, že se vzrůstajícím vzděláním dochází u jedinců k větší individualizaci, kterou můžeme ztotožnit s již popsanou Hofstedeho (2001) dimenzí. Proto se dle jeho názoru ve výzkumech, které srovnávají tendence a postoje studentů na amerických vysokých školách, neobjevují signifikantní rozdíly mezi studenty amerického a hispánského původu.

### **3.3 Diskuze ke kulturním rozdílům**

Přestože Hofstede (2001) považoval změnu kultury za extrémně pomalou, trvající spíše století, je třeba přihlížet na tuto problematiku z hlediska současné situace globalizace světa, kdy kultury již delší dobu nežijí izolovaně a dennodenně na sebe naráží. V tomto kontextu je také vhodné zmínit generační přístup. Populární teorie generace X a Y nám může naznačovat, že tyto kohorty si mohou být sobě vzájemně více podobné než své kulturní identitě. Mileniálové se učí hodnotám svých rodičů, ale zároveň se stále častěji dostávají do kontaktu s hodnotami mileniálů z jiných kultur, jak prostřednictvím médií, tak i osobně například v pracovním prostředí (Perruci, 2011).

Jak již bylo zmíněno, je třeba brát v potaz také úroveň vzdělání, která dle Díaz-Lovinga (2017) může souviset s větší tendencí k individualismu i v kolektivistické kultuře. V roce 2010 podle Mexického národního statistického úřadu (INEGI, 2015) byla průměrná úroveň vzdělání na úrovni sedmé třídy. V roce 2015 vzrostla na úroveň dokončené základní školy. Nejvyšší vzdělanost, průměrně 11 let je ve státě hlavního města. Ve státě Nuevo León mají dospělí průměrně dosaženo 10 let vzdělání. Nejnižší průměr vzdělání je ve státech Chiapas a Oaxaca na úrovni dokončených 7 let. V České republice oproti tomu podle sčítání v roce 2011 více než 60 procent obyvatel dosahuje středoškolského vzdělání (ČSÚ, 2014). Vzdělávací systémy jsou časově odlišné a v případě vysokoškolského diplomu končí mexičtí studenti s kvalifikovaným programem dříve. Vzdělání je velmi hierarchizováno a za soukromé školy se platí vysoké částky.

### 3.4 Depresivita v kulturním kontextu

Ve statistikách se ukazuje, že země s vyšším socioekonomickým statusem, jako jsou Spojené státy americké, často vykazují vyšší prevalenci v depresivitě (GHDx, 2016). Vysvětlením pro to může být vysoká míra stresu, která se v této kompetitivní společnosti objevuje (Kessler et al., 2007). Oproti tomu stojí státy jako je Japonsko, které přes vysoký socioekonomický status vysokou míru depresivity neprojevují. Vysvětlení tohoto fenoménu bývá nacházeno například na tom, že se jedná oproti vysoce individualizovaným Spojeným státům americkým o kolektivní kulturu, s relativně nízkou hierarchizací společnosti. Za zmínku také stojí vysoká konzumace mořských produktů. To vše mohou být faktory, které pomáhají k nižší incidenci deprese (Patten, 2003).

Z údajů GHDx (2016) vyplývá, že jak Česká republika tak Mexiko jsou na tom relativně lépe oproti průměru z hlediska prevalence deprese. Otázka, která v tomto kontextu vyvstává, je však validita těchto statistik, které vycházejí z lékařských zpráv (Patten, 2003). Mexičtí psychiatři při přednáškách často upozorňují na tyto limity, například co se týče sebevraždnosti. Jedná se o stát s vysokou prevalencí křesťanského náboženství a dodržující související rituály (INEGI, 2010), ještě relativně nedávno zde byla sebevražda považována za vraždu a osobě, která měla sebevražedný pokus bylo často odebíráno zdravotní pojištění a tím přístup k léčbě. Z toho důvodu mnoho odborníků určité případy nehlásilo. Tato situace už pominula, ale přesto je možné, že stigmata spojená s depresí a jejími symptomy stále přetrvávají (Leal-Isidro, ústní sdělení, 2018).

Této hypotéze odpovídají i výsledky průzkumu odhadujícího depresivitu u mexické populace spíše vyšší, a to 4,5 procenta. U žen odhaduje prevalenci až 5,8 procent, zatímco u mužů jen 2,5 procenta. Průzkum byl proveden na základě náhodného dotazování 38 700 dospělých respondentů v jejich domovech. Prevalence se zvyšovala s věkem a klesala s vyšší úrovní dosaženého vzdělání, avšak velká část respondentů neměla žádnou medicínskou diagnózu a nebyla léčena (Belló et al., 2005). Do souvislosti s depresí bývá také často dávana chudoba. Nedostupnost či špatná kvalita

zdravotní péče může tyto výsledky také ovlivňovat. Ukazuje se, že depresivní pacienti často nejprve docházejí k praktickým lékařům, který jim pomáhá upřesnit diagnózu. Další otázkou po rozeznání příznaků je pak dostupnost terapeutická péče (Patel, 2001). Mexičtí pacienti si často stěžují na privilegizovanost jejich nemoci. Psychologická a psychiatrická následná péče je na místní ekonomické poměry obzvláště drahá.

### **3.5 Kognice v kulturním kontextu**

Stejně tak jako se nacházejí rozdíly v hodnotách v rámci různých kultur, bývají nacházeny také rozdíly ve funkci kognice. Tento přístup má v zásadě dlouhou historii. Horší kognice byla přisuzována necivilizovaným kulturám. Podle Lévyho-Bruhla (1966) se osoby, nepocházející ze západní kultury, vyznačují prelogickým myšlením a vnímají naprosto odlišně, což přisuzoval vlivu prostředí. Častým bylo také posuzování kognice podle rasové příslušnosti, tedy z hlediska genetické vybavenosti. Rushton (1996) přisuzuje vyšší inteligenci kavkazanům a mongoloidům, kteří byli nuceni se vyrovnávat s přírodními podmínkami, a tím rozvinuli vyšší úroveň kognice. Kontroverzním tématem bylo formulování tzv. Spearmanovy hypotézy ve Spojených státech Jansen (1985), která předpokládá velmi rozdílné fungování v testech obecné inteligence u „bílých“ a „černých“, neboli evropských a afroameričanů. Výzkumy však naznačují, že tyto nacházené rozdíly mohou být dány rozdílnou zkušeností, ale také preferencemi (Sternberg, 2002).

Lepší pro pochopení kulturních rozdílů mohou být spíše kognitivní styly. Slouží k organizaci a využívání informací, pro efektivní běžné dennodenní fungování (Berry, 2002). Základní kognitivní styly závislost a nezávislost na poli přinesl do psychologické teorie Witkin (1967). Pro osoby závislé na poli je typické vnímat danou věc jako celek, odpovídá tedy spíše holistickému způsobu vnímání a myšlení. Naopak osoby nezávislé na poli jsou schopni vnímat objekt odděleně od svého okolí. Spojován bývá spíše s analytickým způsobem myšlení. Díaz-Loving (2017) spojuje typického Mexičana spíše s prvně uvedeným kognitivním stylem, tedy závislostí na poli. Tuto teorii potvrzují i výzkumy. Kagan a Zahn (1975) spojují nižší školní výkonnost mexických dětí oproti americkým právě se závislostí na poli.

## **II. VÝZKUMNÁ ČÁST**

## 4 Úvod k výzkumné části

Jak již bylo popsáno, depresivní onemocnění je komplexní fenomén, který se může projevovat také na kognitivní rozměru. V rámci teoretické části byly čtenáři představeny základní informace týkající se depresivního onemocnění a kognitivního deficitu, který toto onemocnění provází, ale také základní orientace v interkulturní problematice na pozadí dvou vybraných kultur.

Výzkumná část práce představí čtenáři konkrétní baterii využitých metod a jejich kulturní ekvivalenty či proces adaptace na rozdílné kulturní prostředí. Bude popsán výzkumný vzorek a jeho sběr. Pro analýzu byly stanoveny tři základní oblasti. První oblastí je interkulturní srovnání mezi vzorkem českým a mexickým, tedy zda se vzorky liší v hlavních zkoumaných fenoménech – míře deprese, kognitivním výkonu a míře ruminace. Druhou oblastí je samotný kognitivní deficit. Třetí oblastí je pak zaměstnání kognice, tedy jak souvisí kognice s mírou deprese a ruminace.



## 5 Využité metody

V následující části budou představeny veškeré metody, využívané v rámci výzkumné studie. Konkrétnější postup zadávání metod bude popsán níže z důvodu přehlednosti. Jsou popsány i metody, které byly z důvodu délky trvání administrace vyřazeny. Následující přehled je popis psychiatrických škál, neuropsychologických a kognitivních úloh, využitých během studie.

### 5.1 Psychiatrické testy

Pro ověření hypotézy a zařazení účastníka do studie bylo využito následujících psychiatrických metod měřících hloubku depresivního onemocnění, ale také komorbidních psychiatrických onemocnění.

#### 5.1.1 Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese (MADRS)

Montgomery-Asberg Depression Scale ([Montgomery, Asberg, 1979](#)) je psychiatrická škála čítající deset položek odpovídajících symptomům deprese. Měřenými symptomy jsou smutek subjektivně a objektivně, vnitřní napětí, poruchy spánku, nechutenství, poruchy soustředění, abulie, neschopnost citové odezvy, pesimismus a sebevražedné myšlenky. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor prováděný odborníkem, který monitoruje předložené kategorie a hodnotí severitu onemocnění na škále 0 až 6, kdy 0 odpovídá neexistenci symptomu, naopak 6 největší hloubce symptomu. Pro mexickou populaci byla využita validizovaná španělská verze s reliabilitou měřenou Cronbachovým alfa 0,88 ([Lobo et al., 2002](#)).

Pro hodnocení hloubky depresivního onemocnění bývají využívána následující

kritéria:

- 12 až 19: mírná deprese
- 20 až 34: střední deprese
- více než 35: hluboká deprese

### **5.1.2 Beckova sebeposuzovací škála depresivity (BDI-II)**

Beck Depression Inventory je relativně rychlým nástrojem pro posouzení subjektivní hloubky depresivního onemocnění. V současné době je využívána její druhá revize, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996). Jedná se o autoaplikovaný dotazník, který tvoří 21 položek. Pacient na základě svého uvážení hodnotí každou položku s ohledem na poslední dva týdny na škále od 0 do 3, kdy 0 představuje neexistenci symptomu. Pacient je dotazován na smutek, pesimismus, minulé selhání, ztrátu radosti, pocity viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritiku, sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, agitovanost, ztrátu zájmu, nerozhodnost, ztrátu energie, změnu spánku, podrážděnost, změny chuti k jídlu, koncentraci, únavu a zájem o sex. Autorem české verze jsou Preiss a Vacíř (1999). Reliabilita pomocí Cronbachova alfa činí 0,92 (Ptáček et al., 2016). Přestože existuje relativně nová adaptace BDI-II pro mexickou populaci (Andrés González, Reséndiz Rodríguez, Reyes-Lagunes, 2015), není běžně dostupná. Z těchto důvodů byla využita běžně užívaná španělská adaptace (Sanz et al., 2005), která se používá jak v URP, tak v centru IPSAME.

Pro interpretaci výsledků mohou jsou v práci využívána následující kritéria:

- 14 až 19: mírná deprese
- 20 až 28: střední deprese
- více než 29: hluboká deprese

### **5.1.3 Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview (M.I.N.I.)**

Strukturovaný rozhovor M.I.N.I. je screeningovou metodou zahrnující velký rozsah psychiatrických symptomů čítající velkou depresivní epizodu, velkou depresivní epizodu s melancholickými rysy, dystymii, suicidalitu, (hypo)mánii, panickou poruchu,

agorafobii, sociální fobii, obsedantně-kompulzivní poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu, alkoholovou a drogovou závislost, psychotické poruchy, mentální anorexii a bulimii, generalizovanou úzkostnou poruchu a antisociální poruchu (Lecrubier et al., 1992). Tato metoda byla použita pouze v české verzi výzkumu. Pro mexickou populaci, především z hlediska časových možností pacientů, pro délku vyšetření vyřazena. Jako zástupné bylo využito stanovení diagnózy ošetřujícím psychiatrem.

## **5.2 Kognitivní testy neuropsychologické**

Jak bylo popsáno v teoretické části, s ohledem na kognitivní deficit u depresivního onemocnění jsou postiženy především oblasti pozornosti, paměti a učení a exekutivních funkcí. Pro výzkumnou část byly proto zvoleny následující neuropsychologické metody tak, aby byla efektivně ohodnocena kognice participantů.

### **5.2.1 Paměťový test verbálního učení (RAVLT)**

Paměťové testy využívající slovní podněty vycházející z testu Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT (Rey, 1964) slouží k posouzení verbální paměti bezprostřední, krátkodobé i oddálené vybavení z dlouhodobé paměti, zároveň hodnotí schopnost učení. Obvykle se skládají z několika opakování sady slov, mohou obsahovat interferenci a rekognici (Lezak et al., 2004).

Pro českou populaci byla využita verze Paměťového testu verbálního učení, AVL (Preiss, 1999). Podnětový materiál čítá patnáct nesouvisejících slov. Ta jsou probandovi předčítána s přibližnou frekvencí slovo za vteřinu v pěti opakováních, proband je instruován vybavit si vždy co nejvíce slov po každém přečtení. První přečtení odpovídá bezprostřední paměti. Rozsah u běžné populace dosahuje šest až sedm slov. Z pěti opakování můžeme sestavit křivku učení, která by měla mít rostoucí tendenci. Kolísavá křivka ukazuje na nespolehlivost kognice, plochá pak na nedostatečnou schopnost učení. Při pátém pokusu by se měla pohybovat kolem dvanácti slov. Zapisují se také opakování a konfabulace. Opakování znamená, že proband zopakuje slovo vícekrát. Velký počet opakování poukazuje na problémy s pozorností či úzkostnost. Konfabulace slouží k zaplnění prázdného prostoru. Způsobuje je fonetické nebo

sémantické zmatení. Po pátém pokusu je použita interferenční sada slov, která je přečtena a vybavena pouze jednou. Vybavení druhé sady slov zachycuje fenomén proaktivní interference, to znamená vybavování si slov z neadekvátní sady. Zde se projeví schopnost inhibice. Rozdíl mezi první a interferenční sadou slov by neměl být více než tři slova. Následuje oddálené vybavení, kdy je proband instruován vybavit si bez prezentace podnětového materiálu první sadu slov. Po třiceti minutách přichází na řadu druhé oddálené vybavení. Tato dvě vybavení by se neměla příliš lišit. V případě, že se liší o více než tři slova, pravděpodobně se jedná o problém vstřípení obsahu do dlouhodobé paměti či zapomínání (Groth-Marnat, 2000). Po druhém oddáleném vybavení následuje rekognice. Je čten seznam slov, který obsahuje jak slova z první sady, tak i ze sady druhé a slova, která jsou ať foneticky či sémanticky spojena se slovy z obou sad. Rekognice klade jen malé požadavky na paměťové funkce. Pokud je výsledek o hodně horší v oddáleném vybavení, pravděpodobně jde o problém vstřípivosti. Stejně slabý výkon ukazuje na generalizovaný deficit.

Ve španělštině se mnohdy velice liší různé verze testu. Ve Španělsku užívané verze však neobsahují interferenční sadu, rekognici, v opačném případě pak rekognice nerozděluje do kategorií. Častěji se využívají testy, které mají obdobný základ, Hopkins (Brandt, 1991) či TAVEC (Benedet, Alexandre, 1998), obdoba Californského testu učení, CVLT (Delis, 1994), kde sémantická kategorie hraje roli již v sadě učení.

Z výše uvedených důvodů byla využita argentinská Test Auditivo Verbal de Reversión Buenos Aires, TAVR-BA (Burin, Arizaga, 1998), která splňuje veškerá specifika testu českého. Bohužel se však nepodařilo zachovat ekvivalentní překlad sady slov (buben, záclona, zvonek, kafe, škola, rodiče, měsíc, zahrada, klobouk, zemědělec, nos, Čína, barva, dům, řeka) jako je tomu u španělských verzí (tambor, cortina, campana...). Zachována jsou jen některá slova (pět slov uvedených kurzívou - *tambor*, *café*, *grito*, *tapiz*, *luna*, *primo*, *tiza*, *gorro*, *pie*, *brocha*, *azul*, *pavo*, *planta*, *casa*, *río*, neboli *buben*, *kafe*, *výkřik*, *koberec*, *měsíc*, *bratranec*, *křída*, *čepice*, *noha*, *štetka*, *modrá*, *krocán*, *rostlina*, *dům*, *řeka*). Z výzkumných důvodů však byla upřednostněna existující metoda pro jihoamerickou (argentinskou) populaci před částečným překladem s využitím španělské verze. Byla provedena kvalitativní analýza srozumitelnosti využitých slov

mexické populaci psychiatrem URP a skupinou studentů klinické psychologie TEC. Slova test se ukázala jako významově srozumitelná.

### **5.2.2 Test cesty (TMT A/B)**

Trail Making Test, TMT, vznikl jako součást baterie Army Individual Test Battery pro účely druhé světové války. Skládá se ze dvou částí, přičemž obě kladou důraz na vizuálně prostorové vyhledávání a pozornost, rychlost a efektivitu zpracování informace (Preiss, Rodriguez, Laing, 2002). Zpomalení v obou částech může být způsobeno depresivním onemocněním (Lezak et al., 2004).

Část A obsahuje dvacet pět čísel, které má proband správně spojit v co nejmenším časovém intervalu. Testu předchází zácvik, aby bylo jasné, že byla pochopena instrukce. Část B se skládá ze třinácti čísel a dvanácti písmen, kdy proband spojuje střídavě číslo a písmeno. Opět testu předchází instrukce se zácvikem. Část B navíc oproti části A měří kognitivní flexibilitu a rychlost komplexního zpracování. Výstupem z testu jsou časy v sekundách z každé části. Interpretace je citlivá na věk a vzdělání, proto je třeba ji uvádět v tomto kontextu (Preiss, Preiss, 2006). Corrigan a Hinkeldey (1987) uvádějí možnou interpretaci odečtením výsledku v testu B od výsledku v testu A (B-A), čímž by se měly eliminovat proměnné související s oběma testy. Výsledek by tam měl odpovídat exekutivním funkcím. Ukazuje se, že tento skór koreluje s výší inteligence. V případě, že pacient v průběhu testu udělá chybu, má na ni být okamžitě upozorněn. Chyby jsou zaznamenány, ale v rámci testu spíše znamenají vyšší čas (Preiss, Rodriguez, Laing, 2002). Některé zdroje však uvádějí, že vyšší počet chyb úzce souvisí s neurokognitivním poškozením (Mahurin et al., 2006).

Přestože se jedná o nonverbální test, i zde bylo potřeba provést změny oproti české verzi (Preiss, Preiss, 2006). Byla přeložena slova instrukcí (tedy slova *Část A*, *Příklad*, *Začátek* a *Konec* byla nahrazena svými španělskými ekvivalenty, *Parte A*, *Ejemplo*, *Inicio* a *Final*) a jelikož se v české abecedě nachází písmeno CH, které v abecedě španělské neexistuje, bylo toto písmeno vymazáno, v jeho původním místě bylo tedy písmeno I, zbylá písmena byla posunuta a na závěr přidáno L.

## 5.3 Kognitivní testy ruminace

### 5.3.1 Dotazník analytické ruminace (ARQ)

Pro ohodnocení ruminativního myšlení byl využit 20ti položkový dotazník, jehož prostřednictvím je kvantifikován rozsah analýzy prováděné jedinci při řešení vlastních problémů. Metoda vychází z předpokladů analyticko ruminační hypotézy o adaptivní funkci ruminací. Předpokládá, že nejprve depresivní osoba vykazuje ruminace o příčině problému, poté ruminace, které mají pomoci k vyřešení problému. ARQ měří obě tyto dimenze. Pacient je instruován ohodnotit na škále nikdy – někdy – často – pořád frekvenci, s jakou se zaměřoval na své potíže a jejich řešení v posledních dvou týdnech. Reliabilita na základě Cronbachova alfa je 0,91 (Barbic et al., 2014).

České populaci byl zadán adaptovaný dotazník (Bartoskova et al., 2018). Pro účely zadání dotazníku mexické populaci byl proveden překlad české verze v týmu studentů klinické psychologie na TEC do mexické španělštiny (Příloha 5). V souladu s tím, co uvádí Romero (2011), byl následně uskutečněn zpětný překlad nezávislou osobou (Příloha 7). Tyto dvě verze byly porovnány třemi psychology, kteří neobjevili větší významové rozdíly. Dotazník využívá škálu nunca – a veces – a menudo – siempre pro ohodnocení frekvence.

### 5.3.2 Dotazník vnímané složitosti problémů (PCQ)

Pro ověření, jak vnímají depresivní osoby své problémy jako závažné bylo využito Dotazníku vnímané složitosti problémů. Dotazník má dvě části, 8mi položková část se zaměřuje na souhlas s tvrzeními ohledně závažnosti pacientových problémů na škále zcela souhlasí – spíše souhlasí – spíše nesouhlasí – zcela nesouhlasí. V druhé části je uvedeno 15 konkrétních problémů. Pacient má uvést, zda se u něj v posledních dvou týdnech problém objevil. Výsledkem je kompozitní skór, přičemž platí, že čím je skór vyšší, tím více pacient vnímá komplikovanost svých problémů a tím více problémů se u něj objevuje (Durisko et al, nepublikovaný manuscript).

Česká verze (Sevcikova et al., nepublikovaný manuscript) byla přeložena do

španělštiny stejným způsobem jako dotazník ARQ (Příloha 5 a 7). Škála byla lehce pozměněna s ohledem na místní zvyklosti na *totalmente desacuerdo – algo desacuerdo – algo de acuerdo – totalmente de acuerdo*.

## 5.4 Interference

Z hlediska zachování struktury českého designu výzkumu a minimalizace zkreslení způsobené nevyužitím metody byla pro účely interference využita metoda Expresivního psaní, jejímž účelem je navození depresivních myšlenek.

### 5.4.1 Expresivní psaní

V souladu s Pennebakerem a Beallem (1986) byla zadána instrukce, aby pacienti po dobu 20 minut psali o svých nejhlubších myšlenkách a pocitech vztahujících se k jejich problémům. Instrukce zní:

*Chtěli bychom Vás poprosit, abyste nyní po dobu 20 minut psal/a o svých nejhlubších myšlenkách a pocitech týkajících se jakýchkoliv obtížných nebo emočně znepokojujících událostí, které prožíváte ve svém životě v poslední době. Téma, o němž budete psát, můžete spojit s jakýmkoli stresujícími nebo traumatickými zážitky v minulosti. Chtěli bychom, abyste svému psaní nechal/a volný průběh, byl/a co nejotevřenější a prozkoumal/a své nejhlubší emoce a myšlenky do co největšího detailu. Téma, o němž budete psát, může souviset se vztahy s jinými lidmi, včetně rodičů, partnerů, přátel, nebo příbuzných. Budete-li chtít, můžete své zážitky propojit se svou minulostí, přítomností, nebo budoucností, nebo s tím, kým jste v minulosti byl/a, kým byste chtěl/abýt, či kým jste nyní. Nedělejte si starosti s gramatikou ani pravopisem, to není důležité. Všechno, co napíšete, bude naprosto důvěrné.*

I toto zadání bylo pro mexickou populaci obdobně přeloženo (Příloha 4), byl proveden zpětný překlad (Příloha 6) a odborné posouzení, jak bylo uvedeno výše u předešlých metod.

## 6 Výzkumný design

### 6.1 Využité metody

Celá baterie se skládala z již dříve popsaných metod. Proband byl vždy na počátku seznámen se základními myšlenkami výzkumu prostřednictvím informovaného souhlasu. Následoval screening vhodnosti a samotné metody v pořadí, jak jsou uvedeny níže. Dokumenty pro český vzorek jsou původní verzi dokumentů pro projekt GAČR reg. č. GA17-09489S. Dokumenty pro mexický vzorek je možno najít v přílohách práce.

1. Informovaný souhlas (Příloha 1) a Informace o výzkumu (Příloha 2)
2. Screening vhodnosti pro výzkum (Příloha 3)
3. M.I.N.I (pouze pro českou populaci, pro mexickou nahrazen diagnózou ošetřujícího psychiatra)
4. MADRS
5. BDI-II
6. PCQ, ARQ
7. Expresivní psaní
8. RAVLT
9. TMT A, TMT B
10. RAVLT oddálené vybavení po 30 minutách

Po ukončení testování následoval debriefingový rozhovor, kde byla podána základní zpětná vazba k provedeným metodám a výsledkům probanda.

Celková časová náročnost vyšetření byla přibližně 2 hodiny u klinické skupiny a



1,5 hodiny u skupiny kontrolní.

## **6.2 Výzkumný vzorek a sběr dat**

Účastníci zařazení do výzkumu splňovali následující kritéria, která byla předem upřesněna a následně ověřena krátkým dotazníkem. Probanti, kteří těmto kritériům neodpovídali, byli z výzkumu vyřazeni.

*Inkluzivní kritéria:*

- 1) věk od 18 do 65 let,
- 2) první (hlavní) diagnóza depresivní fáze unipolární nebo rekurentní deprese pro zařazení do klinické skupiny, s minimálním skórem 12 v MADRS.

*Exkluzivní kritéria:*

- 1) psychotické onemocnění (aktuální nebo v anamnéze),
- 2) závislost na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách 12 měsíců před započítáním účasti v projektu anebo v jeho průběhu,
- 3) demence, mentální retardace, závažné fyzické či neurologické onemocnění,
- 4) těhotenství,
- 5) laboratorně prokázané abnormality štítné žlázy.

Jak je možno vidět v Tabulce 1., skupiny se významně neliší ve stěžejních demografických datech, věku ani vzdělání. Významné rozdíly se ukazují ve zkoumaných charakteristikách, které budou podrobněji zkoumány níže.

### **6.2.1 Český vzorek**

Data pro českou populaci pocházejí z probíhajícího výzkumu Ověření analyticko-ruminační hypotézy Národního ústavu duševního zdraví, který bude ukončen v roce 2019. Sběr dat probíhal prostřednictvím stážistů NÚDZ, studentů psychologie v pokročilém ročníku studia, kteří prošli školením pro dodržení co nejvyšší reliability výzkumu. V době ukončení současné studie vzorek obsahoval 51 depresivních participantů. U jednoho participanta bohužel chybí hodnoty MADRS. Probanti byli rekrutováni z pacientů NÚDZ s primární diagnózou unipolární (F32) nebo rekurentní (F33), kteří odpovídali kritériům zařazení do výzkumu. Aktuální diagnóza byla následně

ověřena polostrukturovaným rozhovorem MINI. Pacienti, kteří v sekci Velká depresivní epizoda neodpovídali kritériu, byli z výzkumu vyřazeni. Mezi komorbidními diagnózami se nejčastěji objevovala generalizovaná úzkostná porucha, dále sociální fobie a agorafobie, v menší míře pak panická porucha obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická porucha a mentální bulimie. Pro ověření diagnózy a zároveň zjištění hloubky deprese bylo využito polostrukturovaného rozhovoru MADRS. Participanti se skóreem nižším 12 bodů byli taktéž z výzkumu vyřazeni. Pro upřesnění bylo také využito autoaplikovaného dotazníku BDI-II. Celkově bylo z výzkumu vyřazeno 20 probandů, kteří neodpovídali kritériům. 19 participantů (37,3 %) bylo mužského pohlaví ve věkovém rozpětí 22 až 65 let ( $M=45.16$ ,  $SD=13.31$ ), 32 (62,7 %) ženského pohlaví ve věku 23 až 61 let ( $M=44.66$ ,  $SD=10.36$ ). Co se týče vzdělání, 1 participant (2 %) dokončil základní, 33 (64,7 %) středoškolské a 17 (33,4 %) vysokoškolské vzdělání.

V originálním výzkumu dochází k rekrutování do kontrolní skupiny na základě párování klíčových demografických kritérií (věk, pohlaví) s osobami ve skupině klinické. V době ukončení sběru vzorku pro současnou studii čítá 11 participantů, kteří v současnosti netrpí žádnou psychiatrickou diagnózou a odpovídají ostatním inkluzivním a exkluzivním faktorům. Účastníci byli taktéž rekrutováni prostřednictvím NÚDZ jako dobrovolníci. Vzorek čítá 5 mužů (45,5 %) ve věku od 23 do 51 let ( $M=38.60$ ,  $SD=11.68$ ) a 6 žen (54,5 %) ve věku 24 až 48 let ( $M=39.00$ ,  $SD=8.99$ ). 7 participantů (63,6 %) dosáhlo středoškolského a 4 (36,4 %) vysokoškolského vzdělání. Další informace jsou upřesněny v Tabulce 1, dále také v Příloze 8.

### **6.2.2 Mexický vzorek**

Sběr dat mexického vzorku byl proveden autorkou výzkumu, která byla proškolená NÚDZ. Ke sběru dat došlo v klinice Ipsame a centru pro terapii Ingenium v mexickém Monterrey. Do vzorku bylo zařazeno 20 probandů, kteří odpovídali kritériům. Jejich primární diagnóza přiřazená ošetřujícím psychiatrem byla současná depresivní epizoda (F32) nebo rekurentní deprese (F33). Pacienti byli rekrutováni dle jejich zdravotní karty, na základě doporučení jejich ošetřujícího psychiatra, který byl prvním kontaktem pro výzkum a znovu ověřil vstupní kritéria. Následně byl aplikován screening

kritérií a rozhovor MADRS. Pacienti neodpovídající kritériím a s MADRS nižším 12 byli z výzkumu vyřazeni. Celkově bylo vyřazeno 10 participantů. Pacienti zařazení do výzkumu trpěli také přiřazenými diagnózami jako je anxiózní porucha, panická porucha, posttraumatická stresová porucha a hraniční porucha osobnosti. Vzorek obsahuje 5 (25 %) osob mužského pohlaví ve věkovém rozpětí 32 až 62 let ( $M=50.60$ ,  $SD=13.39$ ) a 15 (75 %) ženského pohlaví ve věkovém rozpětí 22 až 64 let ( $M=39.07$ ,  $SD=12.03$ ). 1 participant dosahoval základního vzdělání (5 %), 5 středoškolského vzdělání (25 %) a 14 vysokoškolského vzdělání (70 %).

Rekrutování do kontrolní skupiny vycházelo z přibližného párování klíčových demografických dat. Kontrolní skupina čítá 20 probandů, ze kterých 7 (35 %) jsou muži ve věkovém rozpětí 23 až 62 let ( $M=43.57$ ,  $SD=14.93$ ) a 13 (65 %) ženy ve věku 22 až 64 let ( $M=41.31$ ,  $SD=13.16$ ). 1 proband (5 %) dokončil základní vzdělání, 6 (30 %) středoškolské vzdělání a 13 (65 %) vysokoškolské vzdělání. Další data je možno vidět v Tabulce 1, dále také v Příloze 8.

**Tabulka 1.** Hlavní charakteristiky vzorku a srovnání skupin testem Kruskal Wallis.

	Klinická CZ (N = 51) <sup>a</sup>		Kontrolní CZ (N = 11)		Klinická MX (N = 20)		Kontrolní MX (N = 20)		Kruskal Wallis		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	$\chi$	df	p
<b>Demografická data</b>											
Věk	44.8	11.4	38.8	9.8	42.0	13.1	42.1	13.5	2.32	3	.508
Vzdělání <sup>a</sup>	3.4	1.2	3.7	1.0	3.8	0.7	3.8	0.8	4.92	3	.177
<b>Deprese</b>											
MADRS <sup>b</sup>	28.6	7.0	1.1	1.6	24.7	7.6	2.9	2.4	64.24	3	<.001**
BDI-II	31.8	12.1	2.6	3.4	33.9	9.8	4.5	3.4	63.55	3	<.001**
<b>Kognice</b>											
RAVLT I-V	47.8	12.0	76.4	6.5	42.0	10.4	50.9	6.4	34.67	3	<.001**
RAVLT 30	9.8	3.8	11.7	4.2	9.5	2.6	10.6	2.4	6.34	3	.096
RAVLT rekognice	12.9	4.2	14.2	1.0	13.9	1.5	14.1	1.2	0.04	3	.998
TMT A	39.5	14.9	28.6	6.9	33.0	9.9	26.8	7.7	20.65	3	<.001**
TMT B	90.7	35.6	71.2	23.2	81.6	29.9	58.8	11.7	19.59	3	<.001**
<b>Ruminace</b>											
PCQ	30.7	7.1	14.9	5.4	33.0	10.5	16.6	4.7	50.80	3	<.001**
ARQ	51.7	10.9	33.6	10.4	58.9	10.2	55.8	10.9	25.07	3	<.001**

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; <sup>a</sup>Vzdělání pro český vzorek: 1=ZŠ, 2=SŠ, 3=SŠ s maturitou, 4=VŠ Bc., 5=VŠ Mgr. a vyšší; Vzdelání pro mexický vzorek: 1=ZŠ první stupeň, 2=ZŠ druhý stupeň, 3=SŠ, 4=VŠ Bc., 5=VŠ Mgr. a vyšší; <sup>b</sup>MADRS pro klinickou skupinu CZ N=50

## **6.3 Výzkumné hypotézy**

### **6.3.1 Deprese a kognice ve dvou kulturách**

1. Český a mexický vzorek se nebude lišit v úrovni hloubky deprese.
2. Český a mexický vzorek se nebude lišit ve výkonu v kognitivních testech.
3. Český a mexický vzorek se nebude lišit v míře ruminace.

### **6.3.2 Kognitivní deficit u deprese**

1. Klinická skupina bude vykazovat horší výsledky v testu paměti RAVLT oproti kontrolní skupině.
2. Klinická skupina bude vykazovat horší výsledky v testu pozornosti měřeném TMT A oproti kontrolní skupině.
3. Klinická skupina bude vykazovat horší výsledky v testu kognitivní flexibility měřeném TMT B oproti kontrolní skupině.
4. Klinická skupina bude vykazovat více chyb v testech TMT A a TMT B oproti kontrolní skupině.
5. Výsledky a počet chyb v testech TMT A a TMT B budou pozitivně korelovat se suicidálními intencemi měřenými testy BDI-II a MADRS.
6. Výsledky v kognitivních testech budou korelovat s otázkami týkajícími se kognice měřenými testy BDI-II a MADRS.

### **6.3.3 Hypotéza zaměstnané kognice**

1. Výkon v kognitivních testech bude negativně korelovat s testy ruminací, s TMT pozitivně.
2. Výkon v kognitivních testech bude negativně korelovat s mírou deprese, s TMT pozitivně.

## **6.4 Analýza dat a výsledky výzkumu**

Při statistické analýze dat byla sledována v první řadě interkulturní otázka, tedy

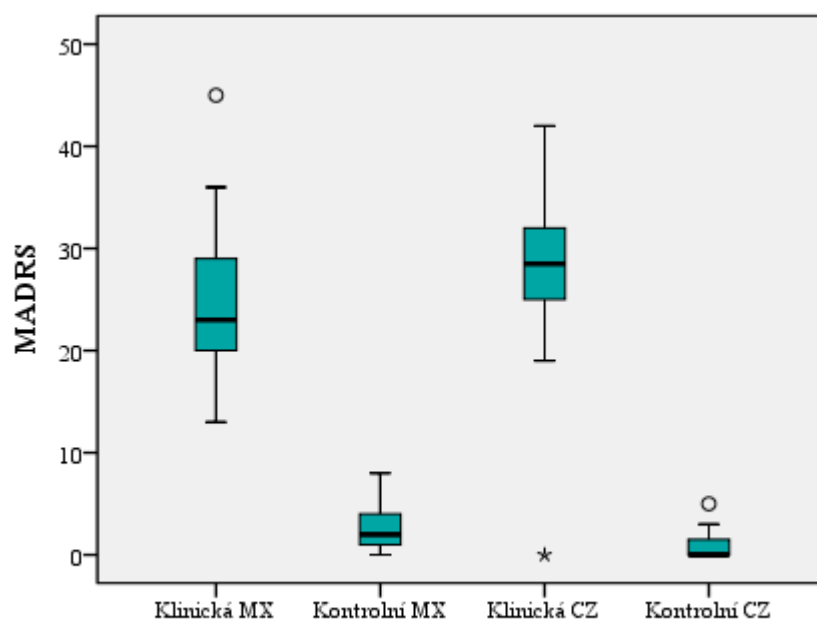
srovnání českého a mexického vzorku. Ke statistickému porovnání středních hodnot bylo využito, vzhledem k malým vzorkům a nenormálnímu rozdělení dat, neparametrické metody. Konkrétně se jednalo Mann-Whitneyho neparametrický test, ekvivalent dvouvýběrového T-testu pro porovnání dvou nezávislých výběrů. Zvláště byla provedeno srovnání klinických a kontrolních skupin. Pro analýzu kognitivních funkcí byly skupiny sloučeny a bylo počítáno pouze s klinickou a kontrolní skupinou, jelikož se neukázaly statisticky významnější rozdíly. Podrobnější analýzu je možno nalézt v Příloze 9. Statistická analýza byla provedena pomocí dvouvýběrového T-testu pro data s normálním rozdělením. Pro větší přesnost byla na veškerá data aplikována Fisherova korekce. Využito bylo také intervalu spolehlivosti. Pro následující analýzy souvislosti mezi depresí, kognicí a ruminací byla využita taktéž Pearsonova korelace. K veškeré kvantitativní analýze dat bylo využito statistického softwaru SPSS verze 19.

#### **6.4.1 Deprese a kognice ve dvou kulturách**

Pro posouzení rozdílů mezi skupinami byl využit neparametrický Mann-Whitneyho U test.

*Hypotéza 1. Český a mexický vzorek se nebude lišit v úrovni hloubky deprese.*

Pro posouzení, zda se vzorky liší v míře deprese, byly použity výsledky z testů MADRS a BDI-II. Přestože v Beckově autoaplikovaném testu se vzorky významně neliší, a to jak v kontrolní, tak klinické skupině, při použití polostrukturovaného rozhovoru Montgomeryho a Åsbergové MADRS se ukazuje signifikantně vyšší míra deprese u českého vzorku v klinické skupině, naopak vyšší skórování co se týče deprese v mexické kontrolní skupině. Efekty však nejsou tak velké a neobjevují se při přísnějším kritériu, jedná se tedy spíše o efekt způsobený výběrem vzorku.



**Graf 4.** Graf typu boxplot zobrazující skóry v testu MADRS u klinických a kontrolních skupin.  
\* Zde značí chybějící hodnotu.

**Tabulka 2.** Průměrné dosažené hodnoty pro jednotlivé psychologické testy měřící míru deprese a rozdíly mezi klinickými skupinami a kontrolními skupinami zachyceny Mann-Whitneyho U testem a jeho síla účinku (r).

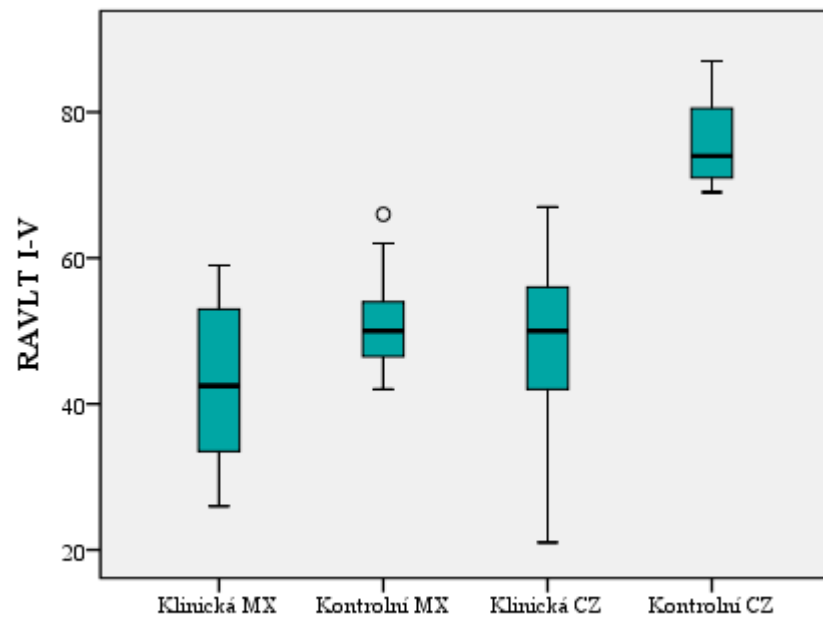
Klinická skupina	CZ (N = 51) <sup>a</sup>		MX (N = 20)		Mann-Whitney			
	M	SD	M	SD	U	Z	p	r
MADRS	28.56	6.98	24.70	7.55	307	-2.515	.012*	-.293
BDI-II	31.76	12.07	33.85	9.75	460.5	-0.633	.527	-.075
Kontrolní skupina	CZ (N = 11)		MX (N = 20)		Mann-Whitney			
	M	SD	M	SD	U	Z	p	r
MADRS	1.09	1.64	2.85	2.39	56	-2.272	.025*	-.408
BDI-II	2.64	3.41	4.50	3.38	65.5	-1.851	.066	-.332

\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS pro klinickou skupinu CZ N=50

*Hypotéza 2. Český a mexický vzorek se nebude lišit ve výkonu v kognitivních testech.*

Do analýzy bylo pro informaci zařazeno také subjektivní hodnocení kognice pocházející z testu měřících depresi, MADRS a BDI-II. Významný rozdíl se ukázal pouze u kontrolní skupiny při srovnání součtu pokusů při testu učení RAVLT. Při testu

Mann-Whitney mezi českou klinickou skupinou a mexickou kontrolní nebyl nalezen mezi skupinami významný rozdíl ( $U=464.5$ ,  $p=.64$ ,  $r=-.06$ ).



**Graf 5.** Graf typu boxplot zobrazující součet prvních pěti pokusů v testu učení RAVLT u klinických a kontrolních skupin.

**Tabulka 3.** Průměrné dosažené hodnoty pro jednotlivé psychologické testy měřící kognici a rozdíly mezi klinickými skupinami a kontrolními skupinami zachyceny Mann-Whitneyho U testem a jeho síla účinku (r).

Klinická skupina	CZ (N = 51)		MX (N = 20)		Mann-Whitney			r
	M	SD	M	SD	U	Z	p	
MADRS Koncentrace <sup>a</sup>	2.98	1.18	2.50	1.15	372.0	-1.859	0.063	.222
BDI-II Koncentrace	1.61	0.67	1.50	0.76	470.0	-1.064	0.287	.126
BDI-II Rozhodování	1.73	0.96	2.00	0.92	430.5	-0.576	0.564	.067
RAVLT I	5.98	1.67	4.85	1.81	316.0	-2.520	0.012*	.299
RAVLT V	11.73	3.37	11.10	2.45	396.5	-1.464	0.143	.174
RAVLT B	5.02	1.79	4.15	1.73	347.5	-2.110	0.035	.250
RAVLT VI	10.53	3.23	9.80	2.67	427.5	-1.061	0.289	.126
RAVLT I-V	47.78	12.03	42.00	10.41	343.0	-2.138	0.033*	.254
RAVLT 30	2.00	2.62	3.50	3.43	460.5	-0.635	0.525	.075
RAVLT rekognice	9.80	3.77	9.50	2.59	505.5	-0.063	0.950	.007
RAVLT falešně	12.86	4.18	13.90	1.48	379.0	-1.740	0.082	.207
TMT A	39.51	14.88	33.00	9.88	380.0	-1.663	0.096	.197
chyby	0.04	0.20	0.05	0.22	504.5	-0.202	0.840	.024
TMT B	90.73	35.56	81.60	29.88	412.0	-1.253	0.210	.149
chyby	0.39	0.75	0.40	0.68	497.0	-0.211	0.833	.025
Klinická skupina	CZ (N = 51)		MX (N = 20)		Mann-Whitney			r
	M	SD	M	SD	U	Z	p	
MADRS Koncentrace <sup>a</sup>	0.36	1.21	0.35	0.49	85.0	-1.355	.176	.243
BDI-II Koncentrace	0.18	0.60	0.25	0.44	95.0	-0.902	.367	.162
BDI-II Rozhodování	0.09	0.30	0.10	0.31	109.0	-0.081	.936	.015
RAVLT I	7.45	0.69	6.35	2.06	54.5	-2.337	.019*	.419
RAVLT V	13.36	1.29	12.50	1.28	69.5	-1.716	.086	.308
RAVLT B	6.91	2.12	5.90	1.89	79.5	-1.274	.202	.229
RAVLT VI	11.36	4.03	10.40	2.50	65.0	-1.875	.061	.337
RAVLT I-V	76.36	6.52	50.85	6.36	0.0	-4.550	<.001**	.817
RAVLT 30	0.45	0.69	2.60	4.04	64.0	-1.919	.055	.345
RAVLT rekognice	11.73	4.22	10.55	2.37	110.0	0.000	1.000	.000
RAVLT falešně	14.18	0.98	14.10	1.17	58.5	-2.245	.063	.403
TMT A	28.55	6.88	26.75	7.67	88.5	-0.890	.381	.160
chyby	0.00	0.00	0.00	0.00	110.0	0.000	1.000	.000
TMT B	71.18	23.16	58.80	11.69	65.0	-1.859	.063	.334
chyby	0.36	0.51	0.10	0.31	81.0	-1.749	.080	.314

\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS pro klinickou skupinu CZ N=50



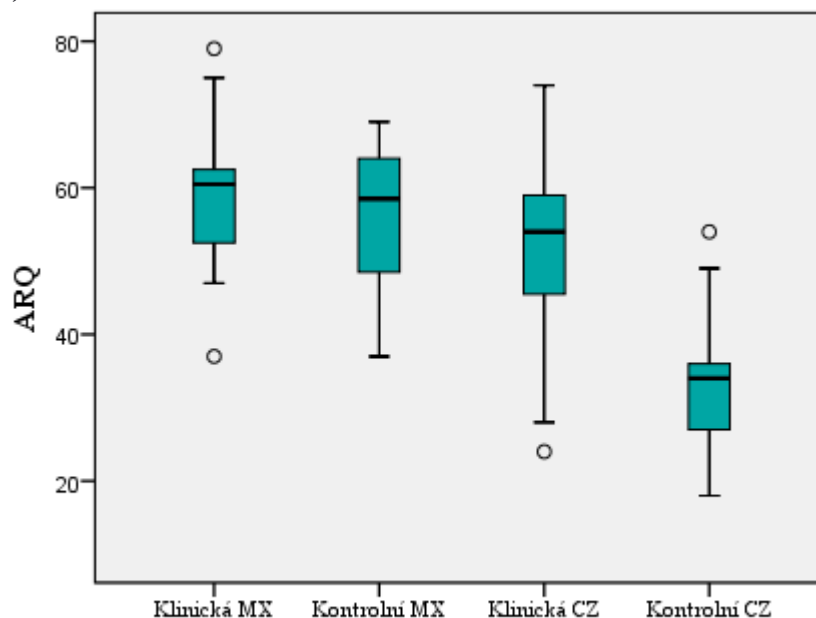
*Hypotéza 3. Český a mexický vzorek se nebude lišit v míře ruminace.*

Při analýze Mann-Whitneyho testem se ukázal významný rozdíl mezi skupinami v testu ARQ, tedy v ruminačním myšlení a přístupu k řešení problémů. Mexická populace zde dosahuje vyššího skóru než populace česká, významněji však u kontrolní skupiny. Zatímco v testu PCQ, který hodnotí vnímanou závažnost současných problémů, se žádný rozdíl neukázal.

**Tabulka 4.** Průměrné dosažené hodnoty pro jednotlivé psychologické testy ruminací a rozdíly mezi klinickými skupinami a kontrolními skupinami v provedených testech zachyceny Mann-Whitneyho U testem a jeho síla účinku (r).

Klinická skupina	CZ (N = 51)		MX (N = 20)		Mann-Whitney			
	M	SD	M	SD	U	Z	p	r
PCQ	30.73	7.08	33.00	10.51	410	-1.280	.200	-.152
ARQ	51.67	10.86	58.85	10.17	317.5	-2.336	.019*	-.277
Kontrolní skupina	CZ (N = 11)		MX (N = 20)		Mann-Whitney			
	M	SD	M	SD	U	Z	p	r
PCQ	14.91	5.41	16.60	4.71	78.5	-1.310	.197	-.235
ARQ	33.64	10.38	55.75	10.86	14	-3.970	<.001**	-.713

\*p<0,05; \*\*p<0,01



**Graf 5.** Graf typu boxplot zobrazující výsledky v testu ARQ u klinických a kontrolních skupin.

### 6.4.2 Kognitivní deficit u deprese

Analýza pro většinu dat týkající se kognitivního výkonu byla provedena dvouvýběrovým T-testem. V Příloze 9 je možno vidět konkrétní výsledky pro jednotlivé kultury hodnocené testem Mann-Whitney.

**Tabulka 5.** Průměrné dosažené hodnoty pro jednotlivé psychologické testy a rozdíly mezi klinickou a kontrolní skupinou v provedených testech zachyceny dvouvýběrovým T testem s korekcí Levinovou korekcí, jeho síla účinku Cohenovo d a intervalem spolehlivosti.

	Klinická sk. (N = 71)		Kontrolní sk. (N = 31)		T test				Interval spolehlivosti	
	M	SD	M	SD	t	df	p	d	Dolní	Horní
<b>Deprese</b>										
MADRS <sup>a</sup>	26.20	9.10	2.23	2.29	20.72	88	<.001**	3.613	21.532	26.175
koncentrace	2.85	1.18	0.35	0.80	12.43	82	<.001**	2.480	2.073	2.862
suicidium	1.87	1.43	0.00	0.00	11.01	70	<.001**	1.839	1.544	2.200
BDI-II	32.35	11.44	3.84	3.46	19.10	93	<.001**	3.373	25.402	31.401
suicidium	0.80	0.71	0.00	0.00	9.53	70	<.001**	0.231	0.641	0.986
rozhodování	1.80	0.95	0.10	0.30	13.64	94	<.001**	2.412	1.444	1.932
koncentrace	1.58	0.69	0.23	0.50	11.16	78	<.001**	2.245	1.119	1.571
<b>Kognice</b>										
RAVLT 1	5.66	1.77	6.74	1.77	-2.83	57	.006*	0.610	-1.764	-0.329
RAVLT 5	11.55	3.13	12.81	1.33	-2.85	100	.005*	0.524	-2.187	-0.428
RAVLT B	4.77	1.81	6.26	2.00	-3.55	52	.001*	0.781	-2.316	-0.654
RAVLT 6	10.32	3.08	10.74	3.10	-.63	57	.533	0.136	-1.774	0.872
RAVLT I-V	46.15	11.82	59.90	13.92	-4.80	48	<.001**	1.065	-19.670	-8.271
RAVLT 30	9.72	3.47	10.97	3.14	-1.79	63	.078	0.378	-2.609	0.118
RAVLT rekognice	13.15	3.65	14.13	1.09	-2.05	92	.043*	0.364	-2.057	-0.055
RAVLT falešně	2.42	2.92	1.84	3.41	.83	50	.410	0.183	-0.900	1.777
TMT A	37.68	13.91	27.39	7.33	4.87	96	<.001**	0.926	6.144	14.813
chyby A	0.04	0.20	0.00	0.00	1.76	70	.083	1.331	0.013	0.097
TMT B	88.15	34.10	63.19	17.37	4.89	98	<.001**	0.922	14.855	34.134
chyby B	0.39	0.73	0.19	0.41	1.79	94	.077	0.338	-0.033	0.418
<b>Ruminace</b>										
PCQ	31.37	8.18	16.00	4.95	11.67	90	<.001**	2.273	12.806	17.827
ARQ	53.69	11.09	47.90	15.05	1.93	45	.061	0.438	-0.295	11.631

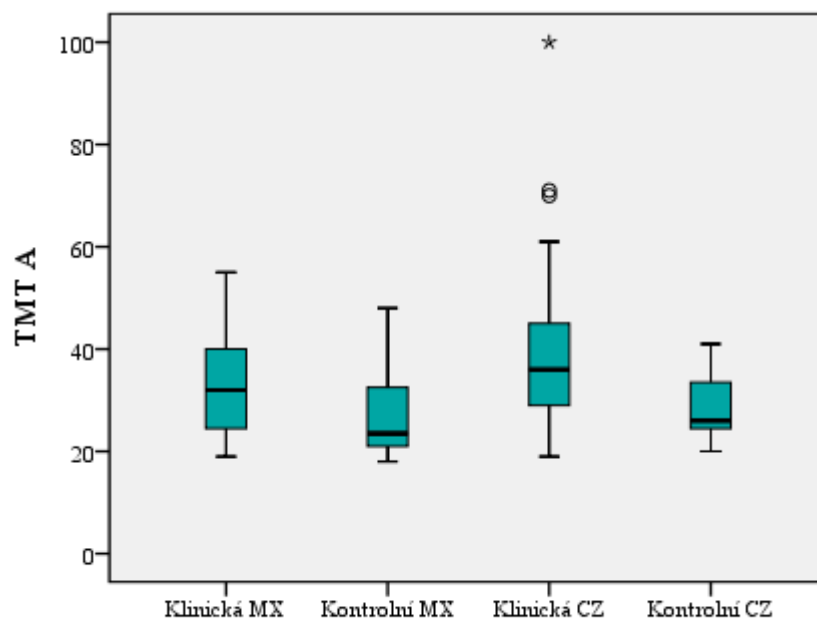
\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS pro klinickou skupinu N=70

*Hypotéza 1. Klinická skupina bude vykazovat horší výsledky v testu paměti RAVLT oproti kontrolní skupině.*

Analýza dvouvýběrovým T-testem dokazuje významně horší paměť u depresivních jedinců především při srovnání součtu všech pokusů při testu učení RAVLT. Na nižší hladině významnosti se ukazuje signifikantní také rozdíl v prvním (bezprostřední paměť) a pátém pokusu (rozsah učení), v inferenční sadě a při rekognici. Naopak se neukazuje významný rozdíl v dlouhodobé paměti, tedy v šestém pokusu a oddáleném vybavení po 30ti minutách. Rozdíl mezi skupinami nebyl nalezen ani při konfabulacích při rekognici.

*Hypotéza 2. Klinická skupina bude vykazovat horší výsledky v testu pozornosti měřeném TMT A oproti kontrolní skupině.*

Dvouvýběrový T-test ukazuje významně vyšší průměrný čas u depresivní skupiny v testu TMT A. Při srovnání skupin odděleně testem Mann-Whitney, ukazuje se efekt v obou případech, větší však u české ( $U=136$ ,  $p=.008$ ,  $r=.338$ ) než u mexické ( $U=122.5$ ,  $p=.036$ ,  $r=.332$ ) skupiny. Tyto výsledky jsou v rozporu s dřívější Veielovými (1997) předpoklady, podle kterých méně než 3 procenta depresivních pacientů trpí deficitem pozornosti. Výsledky jsou v souladu s dalšími studiemi (Reppermund et al., 2009; Rock et al., 2014).



**Graf 6.** Graf typu boxplot zobrazující výsledky v testu TMT A u klinických a kontrolních skupin.

*Hypotéza 3. Klinická skupina bude vykazovat horší výsledky v testu kognitivní flexibility měřeném TMT B oproti kontrolní skupině.*

Opět se ukazuje významný rozdíl a horší výsledek u depresivní skupiny v testu TMT B. Ovšem u oddělené analýzy Mann-Whitneyho testem (Příloha 9) se ukazuje efekt významný pouze u skupiny mexické ( $U=87.5$ ,  $p=.002$ ,  $r=.481$ ). Český vzorek se v Mann-Whitneyho testu významně neliší ( $U=183.5$ ,  $p=.074$ ,  $r=.227$ ).

*Hypotéza 4. Klinická skupina bude vykazovat více chyb v testech TMT A a TMT B oproti kontrolní skupině.*

Co se týče chyb v testech TMT A a TMT B, přestože depresivní pacienti chybovali v testech více, tento rozdíl se neukazuje jako signifikantní.

*Hypotéza 5. Výsledky a počet chyb v testech TMT A a TMT B budou pozitivně korelovat se suicidálními intencemi měřenými testy BDI-II a MADRS.*

**Tabulka 6.** Pearsonova korelace mezi výsledky v testech TMT a subjektivními výpověďmi o sebevražednosti v testech měřících míru deprese MADRS a BDI-II. Pro doplnění byla přiřazena i otázka na rozhodování.

(N=102) <sup>a</sup>		MADRS sebevražda <sup>a</sup>	BDI-II sebevražda	BDI-II rozhodování
TMT A	r	.375**	.202*	-.238*
	p	.000	.042	.016
TMT A chyby	r	.083	.194	-.133
	p	.409	.050	.182
TMT B	r	.256**	.213*	-.326**
	p	.009	.032	.001
TMT B chyby	r	.100	.044	-.080
	p	.318	.663	.424

\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS N=101

Testy TMT A i B vykazují signifikantní korelaci se subjektivními výpověďmi o sebevražedných intencích. Neukazuje se však žádná významná korelace mezi suicidálními myšlenkami a chybami v testech TMT.

*Hypotéza 6. Výsledky v kognitivních testech budou korelovat s otázkami týkajícími se kognice měřenými testy BDI-II a MADRS.*

Tabulka 7 ukazuje korelace mezi jednotlivými testy a subjektivními výpověďmi o pozornosti a schopnosti rozhodování. Negativní korelace mezi RAVLT a výpověďmi značí, že nižší skóre v testu paměti souvisí s vyšším skórem v příslušné položce v testech MADRS a BDI-II. Obdobně pozitivní korelace u TMT značí souvislost s vyšším reakčním časem a subjektivní výpovědí.

**Tabulka 7.** Pearsonova korelace mezi výsledky v kognitivních testech a subjektivními výpověďmi o kognici v testech měřících míru deprese MADRS a BDI-II.

(N=102)		MADRS koncentrace	BDI-II koncentrace	BDI-II rozhodování
RAVLT 1	r	-.329**	-.278**	-.238*
	p	.001	.005	.016
RAVLT 5	r	-.276**	-.188	-.133
	p	.005	.058	.182
RAVLT B	r	-.461**	-.269**	-.326**
	p	.000	.006	.001
RAVLT 6	r	-.166	-.107	-.080
	p	.096	.284	.424
RAVLT I-V	r	-.435**	-.349**	-.315**
	p	.000	.000	.001
RAVLT 30	r	-.225*	-.139	-.092
	p	.023	.162	.356
RAVLT rekognice	r	-.191	-.177	-.157
	p	.054	.076	.114
RAVLT falešně	r	.182	.188	.157
	p	.067	.059	.116
TMT A	r	.364**	.390**	.328**
	p	.000	.000	.001
chyby A	r	.175	.033	.059
	p	.078	.744	.554
TMT B	r	.327**	.305**	.324**
	p	.001	.002	.001
chyby B	r	.097	.108	.072
	p	.333	.279	.472

\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS N=101

### 6.4.3 Hypotéza zaměstnané kognice

V souvislosti s teorií Andrewse a Thomsona (2009) bylo předpokládáno, že kognice je zaměstnána depresí a ruminačními tendencemi. V takovém případě by se měla objevovat negativní korelace, vyjma TMT, mezi danými kognitivními doménami a výsledky v testech deprese a ruminace, neboli horší výkon v kognitivním testu v souvislosti s vyšší mírou deprese či ruminace. Jednotlivé korelace ukazuje Tabulka 8.

**Tabulka 8.** Pearsonova korelace mezi výsledky v kognitivních testech a výsledky v testech ruminací PCQ a ARQ a testech měřících míru deprese MADRS a BDI-II.

(N=102) <sup>a</sup>		PCQ	ARQ	MADRS	BDI-II
RAVLT 1	r	-.335**	-.191	-.344**	-.271**
	p	.001	.055	.000	.006
RAVLT 5	r	-.267**	-.031	-.238*	-.190
	p	.007	.757	.016	.056
RAVLT B	r	-.359**	-.345**	-.430**	-.330**
	p	.000	.000	.000	.001
RAVLT 6	r	-.148	.020	-.113	-.060
	p	.136	.845	.259	.552
RAVLT I-V	r	-.458**	-.317**	-.454**	-.383**
	p	.000	.001	.000	.000
RAVLT 30	r	-.200*	-.014	-.133	-.114
	p	.044	.888	.183	.256
RAVLT rekognice	r	-.208*	.002	-.148	-.149
	p	.036	.982	.137	.134
RAVLT falešně	r	.162	.160	.124	.097
	p	.103	.108	.214	.333
TMT A	r	.297**	.036	.400**	.329**
	p	.002	.722	.000	.001
chyby A	r	.085	.052	.157	.046
	p	.394	.606	.115	.645
TMT B	r	.361**	-.021	.382**	.300**
	p	.000	.835	.000	.002
chyby B	r	.118	-.049	.156	.156
	p	.236	.625	.118	.117

\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS N=101

*Hypotéza 1. Výkon v kognitivních testech bude negativně korelovat s testy ruminací, s TMT pozitivně.*

*Hypotéza 2. Výkon v kognitivních testech bude negativně korelovat s mírou deprese, s TMT pozitivně.*

Jak ukazuje Tabulka 8, převážně je možno potvrdit obě hypotézy.



## 7 Diskuze

Provedený výzkum zjišťoval profil kognitivního výkonu u jedinců s depresivním onemocněním ve dvou kulturách. V této části práce následuje zhodnocení výsledků a možných interferencí, které mohly ovlivnit směr výzkumu i práce samotné.

### 7.1 Sběr dat a vzorek

Hlavní rozdíl je možné vidět ve velikosti vzorku. Jelikož český výzkum, který je základem pro data pro tuto práci, stále ještě probíhá a jeho hlavní stanoviště je v Národním ústavu duševního zdraví, není překvapením, že vzorek obsahuje více probandů v klinické skupině, zatímco prozatím pokulhává, co se týče probandů ve skupině kontrolní. Jelikož čas pro sběr dat v mexickém prostředí byl podmíněn studijním pobytem autorky, vzorek čítá pouze po dvaceti probandech v klinické i kontrolní skupině. Tento fakt, a také vyšší vzdělanost získaného vzorku, je ovlivněna především faktem, že mexické prostředí je velmi byrokratické. Autorka původně měla provádět výzkum také v psychiatrické nemocnici URP, kde by bylo možno získat probandy s nižším vzděláním a se *seguro popular*, tedy veřejným zdravotním pojištěním, což se jinak ukazuje jako téměř nemožné. Ostatní účastníci byli získáni na soukromé klinice a v organizaci, kde docházeli na základě jejich vlastní vůle a doporučení psychiatra, své pojištění si plně hradili. Přestože výzkum byl předem připraven a autorka v lednu 2018 formálně zažádala o uskutečnění výzkumu u etické komise URP, výzkum byl eticky schválen komisí státu Nuevo León, ale teprve na konci dubna 2018, kdy téměř končil studijní pobyt, přišlo vyjádření o upřesnění výzkumného formátu, a to i přes to, že členka hodnotící komise byla autorčinou supervizorkou. Paradoxní na této situaci je také to, že dle Badilla (2016) se v uvedené psychiatrické nemocnici v dané době nenacházely

povinné epidemiologické záznamy, chybí údržba, úklid, bezpečnostní značení i další náležitosti jako odborná dokumentace personálu, což odpovídá zkušenosti autorky.

Dalším zajímavým bodem je způsob výzkumu postupem získávání možných kontaktů spíše metodou pokus omyl. Dle různých výzkumníků takto funguje celý výzkum v Mexiku, a proto probíhá jen málo výzkumných studií a mnoho výzkumů na tomto principu ztroskotává.

Co se týče mexického vzorku a kulturních koreálů, je také vhodné zmínit, kde výzkum probíhal. Mexiko je spolkovou zemí skládající se ze 32 států, jejichž kultura se může razantně měnit. Autorka pobývala a sbírala data v nejvíce amerikanizované části, která se svou kulturou může od typicky vnímaného Mexika lišit, což také může mít vliv směr a výsledky práce. Jak již také bylo uvedeno, ve vzorku se nachází jen málo osob s nižším vzděláním než je vzdělání vysokoškolské. Jak uvádí Díaz-Loving (2017), vysokoškolské vzdělání může více směřovat k individualitě a tím mazat ostatní kulturní faktory. U vysokoškolsky vzdělaných osob se také předpokládá vyšší úroveň inteligence, tedy zjednodušeně můžeme říci lepší funkce kognitivní schopností.

Dalším bodem, který může být důležitý pro pochopení výsledků je fakt, že mexické prostředí neklade tolik důraz na klid a nerušený průběh výzkumného či terapeutického sezení. Zatímco výzkum v českém prostředí probíhal nerušeně, za zavřenými dveřmi výzkumné místnosti, výzkum v mexickém prostředí byl často narušován mnoha vlivy jako jsou neexistující soukromí, špatně těsnící dveře a hluk z druhé místnosti (ve veřejných nemocnicích konzultační místnosti ani dveře nemají), přerušení vyšetření naléhavými hovory a jinými událostmi (což je časté i u terapeutických sezení) atp. Nutno však dodat, že toto je spíše typické pro mexické prostředí obecně. Zaručení bezchybných výzkumných podmínek se často může zdát téměř nemožné z důvodu lehce bezstarostné povahy Mexičanů. To vše může narušovat pozornost probandů, a tudíž i výsledky v testech.

Důležité je samozřejmě zmínit, že na hodnocení českého vzorku se podílí více proškolených stážistů, především studentů psychologie, zatímco mexický vzorek byl sebrán jedinou osobou, autorkou výzkumu, což opět může přinést zkreslení.

Co se týče použitých metod, vždy se mohou objevovat různé kulturně podmíněné

faktory, které není možno eliminovat, stejně tak jako jazyková rozdílnost může přinášet zkreslení. Při konstrukci baterie bylo využito dostupných metod pro zamezení kulturních a jiných zkreslení.

## 7.2 Deprese a kognice ve dvou kulturách

Prvním bodem, kde mohou vznikat rozdílnosti, jsou použité metody. Přestože bylo při adaptaci a překladu postupováno tak, aby bylo zkreslení co nejmenší, je zde nepochybný vliv rozdílného jazyka. Co se týče hodnocení míry deprese, byly využity jak u MADRS (Lobo et al., 2002), tak i BDI-II (Sanz et al., 2005) španělské verze překladů testů. U MADRS je to způsobeno tím, že se jedná o metodu, která téměř není k diagnostice využívána, pokud ano, jen velmi zřídka a mnohým odborníkům je spíše neznámá. Častěji bývá využívána známější Hamiltonova škála deprese. Na druhou stranu, jelikož se jedná o polostrukturovaný rozhovor, nemělo by zkreslení být natolik razantní. MADRS s depresivními pacienty často zaobírá největší část celé diagnostické baterie, s některými pacienty čas diagnostiky touto metodou přesáhl i hodinu. Depresivní pacienti jsou mnohdy dezorientovaní a dezorganizovaní, avšak chtějí o svých potížích hovořit, svěřit se a dosáhnout tak úlevy. Z toho důvodu měla možnost autorka v této části pacienty dobře poznat a tudíž přesněji hodnotit dané symptomy, uvedené v rozhovoru MADRS. Další otázkou je zde to, že autorka není rodilou mluvčí a zpočátku využívala spíše španělštinu užívanou ve Španělsku. Odpovědí by však měl být opět čas věnovaný pacientům a diagnostice. Při pohledu na střední hodnoty v testech MADRS a BDI-II u klinické skupiny české [MADRS ( $M=27,4$ ;  $SD=8,9$ ); BDI-II ( $M=31,8$ ;  $SD=12,1$ )] a mexické [MADRS ( $M=24,7$ ;  $SD=9,3$ ); BDI-II ( $M=33,9$ ;  $SD=9,8$ )] skupiny můžeme odhadovat jako další možnost mírnost v hodnocení autorky v testu MADRS oproti skupině hodnotitelů, kteří evaluovali český vzorek. V opačném případě pak může jít o větší dramatickost depresivních Mexičanů při autoevaluaci oproti vzorku českému. Tento efekt se však neobjevuje u kontrolní skupiny. Co se týče testu BDI-II, v současné chvíli existuje relativně nová verze BDI-II adaptovaná přímo na mexickou populaci (Andrés González, Reséndiz Rodríguez, Reyes-Lagunes, 2015). Tato verze však není běžně dostupná. Běžně využívanou verzí je španělská adaptace Sanze a kolektivu

(2005), která byla nalezena jak v Ipsame, tak v URP, a bylo předpokládáno, že bude pacientům známá a srozumitelná. Na nesrozumitelnost poukazovalo jen nemnoho probandů ze skupiny kontrolní, z klinické skupiny však žádný.

Pro administraci testu učení byla využita argentinská verze TAVR-BA (Burin, Arizaga, 1998), která oproti verzi české (Preiss, 1999) nese také malé změny ve významech slov, a tím i možné rozdílnosti v procesu paměti a učení. Například místo obecnějšího slova barva v české verzi, mexická verze využívá slovo *azul*, tedy modrý, slovo, které je konkrétnější, oproti obecné barvě. Dále místo rodičů se z rodinných příslušníků objevuje vzdálenější *primo*, bratranec. Slova by neměla být sémanticky řaditelná do kategorií jako je tomu například u TAVEC (Benedet, Alexandre, 1998), přesto mnozí probandi tuto schopnost velmi dobře využívají (například zahrada, zemědělec, měsíc; škola, zvonek, rodiče atp.). Česká slova také průměrně obsahují více slabik než slova v baterii argentinské. V mexické skupině působilo problém slovo *tiza*, křída. Jedná o slovo srozumitelné, avšak méně užívané, nahrazované v mexickém kontextu spíše významově stejným slovem *gis*. Mexičané se proto mnohdy nad slovem podívovali a možná právě proto lépe zapamatovali. Jak u klinické ( $U=316$ ;  $p=,01$ ;  $r=-,45$ ) tak u kontrolní skupiny ( $U=54,5$ ;  $p=,02$ ;  $r=-,28$ ) skupiny se projevil mírně signifikantní efekt u prvního pokusu RAVLT, tedy bezprostřední paměti, v neprospěch mexického vzorku. Stejně tak se ukazují obecně horší výsledky ve středních hodnotách i u dalších jednotlivých výsledků RAVLT, které již nejsou signifikantní. Jako signifikantní se ukazuje kompozitní skóre učení, souhrn prvních pěti pokusů RAVLT I-V, který není tolik silný u klinické skupiny ( $U=343$ ;  $p=,03$ ;  $r=-,25$ ), avšak je velmi významný u skupiny kontrolní ( $U=343$ ;  $p<,001$ ;  $r=-,82$ ). Tento efekt může být buď způsoben horší schopností paměti u Mexičanů, což by mohlo odpovídat autorčině zkušenosti a v případě širšího vzorku s větším zastoupením skupiny s nižším vzděláním by se efekt projevil více, nebo se jedná o pouhé zkreslení, způsobené volbou testu.

Testy TMT A a B by měly být kulturně univerzální, jelikož užívají pouze čísla a písmena. U několika probandů u obou skupin, spíše nižšího vzdělání, se však projevil stížnost na nepamatování si abecedy. U probandů v češtině se často projevilo zapomínání písmena CH, které je součástí české abecedy. Probandi z mexické skupiny

pak často váhali či chybovali u písmena I a L. Test B se tedy může ukazovat o to obtížnější zvláště pro méně gramotné jedince. Jelikož tento test následuje po emočně náročných úkonech (testy hodnotící míru deprese, emoční psaní, RAVLT), může jít v tomto případě také o vyčerpání probandů. V žádném testu, včetně chyb, se neukázal významný efekt, přestože na středních hodnotách opět můžeme vidět horší výsledky u mexických skupin.

Pokud se budeme zajímat také o subjektivní zhodnocení kognice probandů, které vychází z testů MADRS a BDI-II, nenajdeme žádné význačné rozdíly mezi klinickými skupinami, ani mezi skupinami kontrolními.

Testy ruminací byly přeloženy skupinou studentů na TEC a zpětně přeloženy do češtiny. V překladu nebyl nalezen významnější rozdíl. Při administraci nebyl objeven žádný problém. V testu PCQ, který hodnotí vnímanou komplexitu problémů, nenacházíme výraznější rozdíl, přestože při pohledu na střední hodnoty můžeme soudit více problémů u obou mexických skupin. Test jednak obsahuje osmipoložkový dotazník vnímané obtížnosti, jednak souhrn konkrétních problémů. U testu ARQ, který se orientuje spíše na zaměřování se na problém a jeho schopnost řešení, nacházíme mírně signifikantní efekt u klinické skupiny ( $U=317,5$ ;  $p=,02$ ;  $r=-,28$ ). U skupiny kontrolní ( $U=14$ ;  $p<,001$ ;  $r=-,71$ ) se jedná o efekt signifikantní. Vždy tak, že mexická skupina více přemýšlí o svých problémech. Pokud porovnáme mexickou skupinu klinickou a kontrolní ( $U=184$ ;  $p=,67$ ;  $r=-,07$ ), v testu ARQ, vidíme, že se zde nenachází žádný signifikantní rozdíl mezi skupinami. Avšak když srovnáme klinickou a kontrolní skupinu českou ( $U=67,5$ ;  $p<,001$ ;  $r=-,50$ ), nalezneme signifikantní rozdíl. Tento efekt může být způsoben jednak odlišným vnímáním do češtiny Čechů a Mexičanů, co se týče řešení životních situací. Je možné, že i malá aktivita v jakékoliv z uvedených otázek pro Mexičany znamená opravdovou aktivitu, zatímco pro české probandy se nejedná o tolik významný akt, tudíž není důležité zaznamenat jej do dotazníků. Další možností je ovlivnění rámcem a sociální desiderabilitou u české kontrolní skupiny, tedy že ve výzkumu, který se zaměřuje na depresivitu, nechtějí kontrolní působit depresivně, tudíž volí odpovědi, ve kterých se v tomto vidí jako lepší, tedy nedepresivní. Obdobně tomu může být i u kontrolní mexické skupiny, tedy nechat se vidět jako někdo, kdo problémy

doopravdy řeší. Dalším bodem u ARQ je to, že se jedná o relativně nový test, který v sobě nese více dimenzí, které však v současnosti nejsou autory ještě úplně popsány. Rozdělení testu na jednotlivé dimenze by mohlo přinést další zajímavá vysvětlení.

### 7.3 Kognitivní deficit u deprese

Dle Preisse a kolektivu (2006) se u pacientů s depresí projevují především deficity v epizodické paměti a schopnosti učení se novému. Na základě testu RAVLT je narušena jak bezprostřední paměť [ $t(57)=-2.83$ ,  $p<.001$ ,  $d=0.61$ ], výsledné učení [ $t(100)=-2.85$ ,  $p=.005$ ,  $d=0.52$ ], interferenční pokus [ $t(52)=-3.55$ ,  $p<.001$ ,  $d=0.65$ ] i celý učicí proces [ $t(52)=-3.55$ ,  $p=.001$ ,  $d=0.78$ ]. Naopak v dlouhodobé paměti po interferenci i po oddáleném vybavení po třiceti minutách, stejně tak jako v rekognici a jejích konfabulacích se signifikantní rozdíly nenacházejí. Tento efekt se objevuje i v obou skupinách odděleně (Příloha 9). Tento výsledek naznačuje, že přestože depresivní pacienti hůře skórují v bezprostřední paměti a v testu učení nedosáhnou tak dobrého výsledku, jako kontrolní skupina, slova se přece jen naučí a následně vybaví.

Test TMT A je v současném výzkumu brán jako test pozornosti. To se na jednu stranu se může zdát zjednodušující, jelikož bylo uvedeno, že test měří také vizuálně prostorové vyhledávání a rychlost a efektivitu zpracování informace. Jedná se však o jednoduchou metodu, která pozornost nepochybně měří a ostatní proměnné by bylo velmi těžké odfiltrovat. Dvouvýběrový T-test potvrzuje významně vyšší průměrný čas u depresivní skupiny v tomto testu [ $t(96)=4.87$ ,  $p<.001$ ,  $d=0.93$ ], avšak jak již bylo uvedeno, při srovnání skupin odděleně testem Mann-Whitney se ukazuje větší u české ( $U=136$ ,  $p=.008$ ,  $r=.338$ ) než u mexické ( $U=122.5$ ,  $p=.036$ ,  $r=.332$ ) skupiny. V testu TMT B je rozdíl taktéž signifikantní [ $t(98)=4.89$ ,  $p<.001$ ,  $d=0.92$ ], zde je však naopak při oddělené analýze Mann-Whitneyho testem efekt významný pouze u skupiny mexické ( $U=87.5$ ,  $p=.002$ ,  $r=.481$ ). Český vzorek se v Mann-Whitneyho testu významně neliší ( $U=183.5$ ,  $p=.074$ ,  $r=.227$ ). Jelikož je TMT A jednoduchým testem, který vyžaduje zapojení méně kognitivních procesů, převážně spojených s pozorností, jedná se o spojování čísel vzestupně na papíru formátu A4, mohli bychom předpokládat, že z toho důvodu nejsou v mexické skupině rozdíly tak silné jako ve skupině české. Dalším

důvodem může být rozdílnost ve velikosti vzorku. Co se týče TMT B, který vyžaduje více kognitivních procesů, dalo by se předpokládat, že efekt bude o to větší. Přesto se v českém vzorku vůbec neobjevuje. To může být způsobeno velikostí vzorku a jeho charakteristikami, jelikož kontrolní skupina čítá jen 11 osob. Přestože bylo očekáváno, že se objeví efekt také v chybovosti v obou testech, tato hypotéza nebyla potvrzena. Mahurin a kolektiv (2006) předpokládají souvislost s velkou chybovostí v těchto testech a kognitivním deficitem. Pro lepší ověření hypotézy by bylo třeba většího vzorku, jelikož ne tolik osob v testech chybovalo. Na druhou stranu to však může také naznačovat, že kognitivní poškození není u depresivních osob natolik vážné. Obdobně se můžeme dívat i na výsledky korelací mezi výpověďmi o suicidalitě a chybami v testech. Korelace se však ukazuje se samotnými testy. Očekávaným by byla silnější korelace mezi testem TMT B, který měří exekutivní funkce. Přesto se nejsilnější korelace objevuje mezi testem TMT A a otázkou na sebevraždu v testu MADRS.

Pro ověření byly také korelovány subjektivní výpovědi pacientů o stavu jejich kognice s výsledky v kognitivních testech. Korelace odpovídají ostatním již dříve uvedeným výsledkům.

## **7.4 Hypotéza zaměstnané kognice**

V souladu s Adrewsem a Thomsonem (2009) bylo předpokládáno, že řešení problémů spojených s depresí konzumuje pacientovu energii, a tudíž již jí nezbyvá tolik na řešení ostatních problémů, v našem případě tedy kognitivních testů. Přirozeně je kognitivní kapacita rozdělována do mnohých oblastí. V depresi je však pozornost člověka přitahována k jeho problémům, což zaměstnává většinu této limitované kapacity. Ta je přerozdělována podle důležitosti problémů. V případě depresivního jedince je to jeho osobní problém, nad kterým ruminuje, který přitahuje jeho pozornost. Pravděpodobně proto je pak depresivní méně ochoten či schopen přesouvat svou kognitivní kapacitu k řešení pro něj aktuálně méně důležitého, v tomto případě tedy kognitivního testu. Výsledky odpovídají tomuto předpokladu. Vyšší skóre v testech deprese souvisí se zhoršeným kognitivním výkonem. Analýza je však povrchní a pro další výzkum by bylo vhodné přiřadit další proměnné, které lépe popíší danou situaci.

# ZÁVĚR

Depresivní onemocnění je komplexní fenomén, který se projevuje v několika oblastech. Práce zaměřující se na problematiku kognitivního fungování u pacientů trpících depresivním onemocněním si kladla za cíl představit samotné psychiatrické onemocnění a jeho specifika, dále pak popsat problematiku kognitivního deficitu na pozadí současných výzkumů. Kognitivní fungování je důležitým faktorem schopností jedince a reprezentuje jednu z charakteristik onemocnění. Téma se stává stále lépe zpracovaným, přesto však nemůžeme přesně určit jak u deprese, tak u kognice přesné důvody ani přesná řešení. Téma bude i nadále hodnoceno spíše na základě klinického uvážení ošetřujícího odborníka. Přesto, že se ukazuje, že je kognitivní deficit významným průvodním jevem u depresivního onemocnění, nemáme v současné chvíli přesněji popsané metody pro léčbu kognice u tohoto onemocnění.

Výzkum zmapoval problematiku kognitivního fungování ve dvou odlišných kulturách, české a mexické. Přes rozdílnosti evropské a latinsko americké kultury, které byly v práci popsány, nebyly statistickou analýzou nalezeny významnější rozdíly mezi zvolenými kognitivními testy. To však může být způsobeno sebraným vzorkem, a také vyšším vzděláním participantů. Práce však potvrzuje, co ukázaly dřívější výzkumy. Bylo nalezeno zhoršené fungování u depresivních pacientů v hlavních kognitivních doménách, tedy pozornosti, paměti a exekutivních funkcích. Možným vysvětlením pak může být teorie zaměstnané kognice, kdy depresivní, kteří se zaměřují na své potíže, již nemají dostatek kognitivní kapacity, kterou by využili na řešení pro ně v danou chvíli nepodstatných záležitostí.



# Literatura

- Afridi, M. I., Hina, M., Qureshi, I. S., & Hussain, M. (2011). Cognitive disturbance comparison among drug-naive depressed cases and healthy controls. *J Coll Physicians Surg Pak*, 21(6), 351-5.
- Al-Mosaiwi, M., & Johnstone, T. (2017). In an Absolute State: Elevated Use of Absolutist Words Is a Marker Specific to Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation. *Clinical Psychological Science*, 2167702617747074.
- Allott, K., Fisher, C. A., Amminger, G. P., Goodall, J., & Hetrick, S. (2016). Characterizing neurocognitive impairment in young people with major depression: state, trait, or scar?. *Brain and behavior*, 6(10).
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser?. *Journal of experimental psychology: General*, 108(4), 441.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. and Hartlage, S. (1988), The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 5–21.
- Álvarez Ariza, M., Atienza Merino, G., Ávila González, M. J., González García, A., Guitián Rodríguez, D., Louro González, A., & Triñares Pego, Y. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t*.
- Andreasen, N. J. C., & Canter, A. (1974). The creative writer: Psychiatric symptoms and family history. *Comprehensive Psychiatry*, 15(2), 123-131.
- Andrés González, D., Reséndiz Rodríguez, A., Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the

- BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244.
- Andrews, P. W., & Thomson Jr, J. A. (2009). The bright side of being blue: depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological review*, 116(3), 620.
- Arango-Lasprilla, J. C., Rivera, D., Aguayo, A., Rodríguez, W., Garza, M. T., Saracho, C. P., ... & Longoni, M. (2015). Trail making test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*, 37(4), 639-661.
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes<sup>1</sup>. In *Psychology of learning and motivation* (Vol. 2, pp. 89-195). Academic Press.
- Austin, M. P., Mitchell, P., & Goodwin, G. M. (2001). Cognitive deficits in depression. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 200-206.
- Baddeley, A. D. (2004). The psychology of memory. *The essential handbook of memory disorders for clinicians*, 1-13.
- Badillo, V., (2016). Opera Hospital Psiquiátrico de NL clandestinamente. *Publimetro*. [online 2018-02-22]. Dostupné z: <https://www.publimetro.com.mx/mx/monterrey/2016/10/25/opera-hospital-psiquiatrico-nl-clandestinamente-2.html>
- Bahník, Š., Vranka, M., & Dlouhá, J. (2015). X good things in life: Processing fluency effects in the “Three good things in life” exercise. *Journal of Research in Personality*, 55, 91-97.
- Barbic, S. P., Durisko, Z., & Andrews, P. W. (2014). Measuring the bright side of being blue: A new tool for assessing analytical rumination in depression. *PloS one*, 9(11), e112077.
- Barnett, J. H., Salmond, C. H., Jones, P. B., & Sahakian, B. J. (2006). Cognitive reserve in neuropsychiatry. *Psychological medicine*, 36(8), 1053-1064.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243.
- Bartoskova, M., Sevcikova, M., Durisko, Z., Maslej, M. M., Barbic, S. P., Preiss, M., & Andrews, P. W. (2018) The form and function of depressive rumination. *Evolution and*

*Human Behavior.*

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex*, 10(3), 295-307.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1).
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. A. (1998). Tavec. *Test de aprendizaje verbal España-Complutense. Madrid: TEA*.
- Berry, J. W. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge University Press.
- Bonnet, F., Irving, K., Terra, J. L., Nony, P., Berthezène, F., & Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178(2), 339-344.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201-210.
- Brandt, J. (1991). The Hopkins Verbal Learning Test: Development of a new memory test with six equivalent forms. *The Clinical Neuropsychologist*, 5(2), 125-142.
- Burin, D., & Arizaga, R. (1998). Test Auditivo Verbal de Rey-versión Buenos Aires (TAVR-BA). In *Validez y fiabilidad para adultos mayores en Capital Federal. III Congreso Nacional de Neuropsicología, Buenos Aires*.
- Burton, R., & Petříček, M. (2006). *Anatomie melancholie*. Praha: Prostor.

- Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (Eds.). (2001). *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Psychology Press.
- CIE-10. (2009). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Praha: Bomton Agency.
- CogQuiz (2016). Make Trails Test. *CogQuiz*. [online 2018-04-17]. Dostupné z: <https://cogquiz.com/TrailsWrapper.aspx>
- CONEVAL. (2016). Pobreza en México. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. [online 2018-3-20]. Dostupné z: [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza\\_2016.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx)
- Corrigan, J. D., & Hinkeldey, N. S. (1987). Relationships between parts A and B of the Trail Making Test. *Journal of clinical psychology*, 43(4), 402-409.
- Coryell, W. H. (2008) Alternative therapies for mood disorders. (ss. 516-522) V Tyrer, P., & Silk, K. R. (Eds.). *Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Coryell, W. H., & Geddes, J. (2008) Psychopharmacology of mood disorders. (ss. 483-495) V Tyrer, P., & Silk, K. R. (Eds.). *Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.
- Cotrena, C., Branco, L. D., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2016). Executive function impairments in depression and bipolar disorder: association with functional impairment and quality of life. *Journal of affective disorders*, 190, 744-753.
- Crews, W. D., & Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5(2), 81-123.
- Cuellar, I., Arnold, B., & Maldonado, R. (1995). Acculturation rating scale for Mexican Americans-II: A revision of the original ARSMA scale. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 17(3), 275-304.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*, 65(6), 354-364.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A

- meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- ČSÚ. (2014). Úroveň vzdělání obyvatelstva podle výsledků sčítání lidu. *Lidé a společnost*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20536250/17023214.pdf/7545a15a-8565-458b-b4e3-e8bf43255b12?version=1.1>
- Davidson, R. J., Lewis, D. A., Alloy, L. B., Amaral, D. G., Bush, G., Cohen, J. D., ... & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. *Biological psychiatry*, 52(6), 478-502.
- Delis, D. C. (1994). *CVLT-C: California verbal learning test*. Psychological Corporation, Harcourt Brace Corporation.
- Díaz-Loving, R. (2017). *Las garras de la cultura: Investigaciones en torno a las normas y creencias del mexicano*. Editorial El Manual Moderno.
- DSM-5. (2015). *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- DSM-5. (2015). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 1-8.
- Durisko, Z., Barbic, S. & Andrews, P. W. (in review). The perceived complexity of problems questionnaire.
- Egeland, J., Lund, A., Landrø, N. I., Rund, B. R., Sundet, K., Asbjørnsen, A., ... & Stordal, K. I. (2005). Cortisol level predicts executive and memory function in depression, symptom level predicts psychomotor speed. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 434-441.
- Elliott, R. (1998). The neuropsychological profile in unipolar depression. *Trends in Cognitive Sciences*, 2(11), 447-454.
- Fitzgerald, P. B., Brown, T. L., Marston, N. A., Daskalakis, Z. J., de Castella, A., & Kulkarni, J. (2003). Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a double-blind,

- placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry*, 60(10), 1002-1008.
- Flor-Henry, P. (1979). On certain aspects of the localization of the cerebral systems regulating and determining emotion. *Biological Psychiatry*.
- Folstein, M. F., Maiberger, R., & McHugh, P. R. (1977). Mood disorder as a specific complication of stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 40(10), 1018-1020.
- Forgas, J. P. (2008). Affect and cognition. *Perspectives on psychological science*, 3(2), 94-101.
- Fossati, P., Ergis, A. M., & Allilaire, J. F. (2002). Executive functioning in unipolar depression: a review. *L'encéphale*, 28(2), 97-107.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(6), 823.
- Friedman, A. S. (1964). Minimal effects of severe depression on cognitive functioning. *Journal Of Abnormal & Social Psychology*, 69(3), 237-243.
- GHDx (2016). GBD Results Tool. *Global Health Data Exchange*. [online 2018-02-22]. Dostupné z: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Greenawalt, D. S., & Hayes, A. M. (2012). Is past depression or current dysphoria associated with social perception?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 329.
- Groth-Marnat, G. E. (2000). *Neuropsychological assessment in clinical practice: A guide to test interpretation and integration*. John Wiley & Sons Inc.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Hammar, Å., & Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in human neuroscience*, 3, 26.
- Hathaway, S. R., McKinley, J. C., & MMPI Restandardization Committee. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a

- unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hofstede Insight (2018). Country comparison. *Hofstede Insight*. [online 2017-11-22]. Dostupné z: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/czech-republic,mexico/>
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks: Sage.
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, 2(1), 8.
- Hollon, S. D., & Shelton, R. C. (2001). Treatment guidelines for major depressive disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 235-258.
- Höschl, C. (2002). Poruchy nálady (afektivní poruchy). *Psychiatrie. Praha: Tígis*, 409-454.
- Chang, J. H., Huang, C. L., & Lin, Y. C. (2013). The psychological displacement paradigm in diary-writing (PDPD) and its psychological benefits. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 155-167.
- INEGI. (2010). Estructura porcentual de la población que profesa alguna religión por tipo de religión. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. [online 2018-3-21]. Dostupné z: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/religion/>
- INEGI. (2015). Educación. *Encuesta Intercensal 2015*. [online 2018-3-16]. Dostupné z: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
- Jensen, A. R. (1985). The nature of the Black–White difference on various psychometric tests: Spearman's hypothesis. *Behavioral and Brain Sciences*, 8(2), 193-219.
- Jin, S. R. (2005). The dialectical effect of psychological displacement: A narrative analysis. *Taipei, China: National Science Council*.
- Kagan, S., & Zahn, G. L. (1975). Field dependence and the school achievement gap between Anglo-American and Mexican-American children. *Journal of Educational Psychology*, 67(5), 643-650.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Macmillan.
- Kaláb, M. (2012). Smutek v běhu staletí. V Orel, M. *Psychopatologie*. (ss. 135-139). Praha:

Grada.

- Kertzman, S., Reznik, I., Hornik-Lurie, T., Weizman, A., Kotler, M., & Amital, D. (2010). Stroop performance in major depression: Selective attention impairment or psychomotor slowness?. *Journal of affective disorders*, 122(1), 167-173.
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety*, 7(1), 3-14.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771.
- Kolman, L., Noorderhaven, N. G., Hofstede, G., & Dienes, E. (2003). Cross-cultural differences in Central Europe. *Journal of Managerial Psychology*, 18(1), 76-88.
- Kopeček, M. (2006). Kognitivní efekt antidepresiv. (ss. 305-332) V Preiss, M., Kučerová, H., et al.: *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha, Grada Publishing.
- Košč, M., & Novák, J. (1997). Rey-Osterriethova komplexní figura. Brno: *Psychodiagnostika*.
- Koukolík, F. (2002). Lidský mozek. Funkční systémy. Norma a poruchy. Praha: Portál.
- Kulišťák, P. (2003). Neuropsychologie. Praha: Portál.
- Kumar, K. S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression-symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation*, 1(3, Part A), 37.
- Leal-Isidro, M. Psychiatra a profesorka ITESM. V rámci přednáškových cyklů Trastornos



- psicóticos y del estado de ánimo. [Ústní sdělení]. Monterrey, první trimestr 2018.
- Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., ... & Knapp, E. (1992). Mini mezinárodní neuropsychiatrické interview.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 73(5), 1030.
- Leventhal, A. M. (2008). Sadness, depression, and avoidance behavior. *Behavior Modification*, 32(6), 759-779.
- Lévy-Bruhl, L. (1966) *How natives think*. New York: Washington Square Press.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-72.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: antecedent or consequence?. *Journal of abnormal psychology*, 90, 213.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Liu, Y., Tsai, S., Fleck, D. E., & Strakowski, S. M. (2011). Cross-cultural comparisons on Wisconsin Card Sorting Test performance in euthymic patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 469-471.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-499.
- Mahurin, R. K., Velligan, D. I., Hazleton, B., Davis, J. M., Eckert, S., & Miller, A. L. (2006). Trail making test errors and executive function in schizophrenia and depression. *The Clinical Neuropsychologist*, 20(2), 271-288.
- Majer, M., Ising, M., Künzel, H., Binder, E. B., Holsboer, F., Modell, S., & Zihl, J. (2004). Impaired divided attention predicts delayed response and risk to relapse in subjects with depressive disorders. *Psychological Medicine*, 34(8), 1453-1463.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *The*

Cochrane Library.

Miller, W. R. (1975). Psychological deficit in depression. *Psychological Bulletin*, 82(2), 238-260.

MKN-10. (2009). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Bomton Agency.

Mohr, P., Bravermanová, A., Kratochvílová, Z., Melicher, T., & Knytl, P. (2015). Kognitivní poruchy u deprese. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(6).

Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389.

Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389.

Morimoto, S. S., Wexler, B. E., Liu, J., Hu, W., Seirup, J., & Alexopoulos, G. S. (2014). Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation for treatment-resistant geriatric depression. *Nature communications*, 5, 4579.

Murphy, R. F. (1998). *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Sociologické nakladatelství (Slon).

Naismith, S. L., Diamond, K., Carter, P. E., Norrie, L. M., Redoblado-Hodge, M. A., Lewis, S. J., & Hickie, I. B. (2011). Enhancing memory in late-life depression: the effects of a combined psychoeducation and cognitive training program. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 240-248.

Navrátilová, P. (2009). *Kognitivní výkon u pacientů s depresivní poruchou: profil, dynamika a související faktory* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta).

Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2008). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *Focus*, 6(1), 155-162.

Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology: Depression and public health. *British medical bulletin*, 57(1), 33-45.

Patten, S. B. (2003). International differences in major depression prevalence: what do they

- mean?. *Journal of clinical epidemiology*, 56(8), 711-716.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274.
- Perruci, G. (2011). Millennials and globalization. *Journal of Leadership Studies*, 5(3), 82-87.
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.
- Preiss, M. (1999). *Paměťový test učení*. Brno: Psychodiagnostika.
- Preiss, M., & Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Grada Publishing as.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). BDI-II. *Beckova sebespozuzovací škála pro dospělé*. Brno: psychodiagnostika.
- Preiss, M., Kučerová, H., Navrátilová, P., Černík, M. (2006). Kognitivní deficit u depresivní poruchy. V Preiss, M., Kučerová, H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. (ss. 235-268). Praha: Grada.
- Preiss, M., Preiss, J. (2006). *Test cesty: příručka testu pro děti a dospělé*. Brno: Psychodiagnostika.
- Preiss, M., Rodriguez, M., & Laing, H. (2002). Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí. Psychiatrické centrum.
- Preiss, M., Rodriguez, M., & Laing, H. (2002). Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha: Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí. Psychiatrické centrum.
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II – Standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(6).
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Reinhold, M., Bürkner, P. C., & Holling, H. (2018). Effects of expressive writing on depressive symptoms—A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*.

- Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: Manual for administration and scoring*. Reitan Neuropsychology Laboratory.
- Reppermund, S., Ising, M., Lucae, S., & Zihl, J. (2009). Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. *Psychological medicine*, 39(4), 603-614.
- Rey, A. (1964). *The clinical examination in psychology*. Paris: Press Universitaire de France.
- Richards, P. M., & Ruff, R. M. (1989). Motivational effects on neuropsychological functioning: comparison of depressed versus nondepressed individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 396.
- Riso, L. P., Du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., ... & Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of abnormal psychology*, 112(1), 72.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(10), 2029-2040.
- Romero, E. (2011). Confiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación neuropsicológica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(2), 83-92.
- Rush, A. J., Marangell, L. B., Sackeim, H. A., George, M. S., Brannan, S. K., Davis, S. M., ... & Rapaport, M. H. (2005). Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: a randomized, controlled acute phase trial. *Biological psychiatry*, 58(5), 347-354.
- Rushton, J. P. (1996). *Race, evolution, and behavior: A life history perspective*. Transaction Publ.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2).
- Sarapas, C., Shankman, S. A., Harrow, M., & Goldberg, J. F. (2012). Parsing trait and state effects of depression severity on neurocognition: Evidence from a 26-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 830.
- Scult, M. A., Knodt, A. R., Swartz, J. R., Brigidi, B. D., & Hariri, A. R. (2017a). Thinking and

- feeling: individual differences in habitual emotion regulation and stress-related mood are associated with prefrontal executive control. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 150-157.
- Scult, M. A., Paulli, A. R., Mazure, E. S., Moffitt, T. E., Hariri, A. R., & Strauman, T. J. (2017b). The association between cognitive function and subsequent depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(1), 1-17.
- Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Jan Melvil Publishing.
- Seligman, M. E. (1974). *Depression and learned helplessness*. John Wiley & Sons.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55, 5-14. Edición especial.
- Semkovska, M., & Ahern, E. (2017). Online neurocognitive remediation therapy to improve cognition in community-living individuals with a history of depression: A pilot study. *Internet Interventions*, 9, 7-14.
- Sevcikova, M., Bartoskova, M., Prajsova, J. Preiss, M. Validation of PCQ, nepublikovaný manuscript.
- Shallcross, A. J., Willroth, E. C., Fisher, A., Dimidjian, S., Gross, J. J., Visvanathan, P. D., & Mauss, I. B. (2018). Relapse/Recurrence Prevention in Major Depressive Disorder: 26-Month Follow-Up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus an Active Control. *Behavior Therapy*.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Janavs, J., Knapp, E., Weiller, E., Sheehan, M., ... & Teherani, M. (1992). Mini international neuropsychiatric interview. *English version*, 5(0).
- Schaefer, J. D., Scult, M. A., Caspi, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Hariri, A. R., ... & Moffitt, T. E. (2017). Is low cognitive functioning a predictor or consequence of major depressive disorder? A test in two longitudinal birth cohorts. *Development and psychopathology*, 1-15.
- Schwartz, S. H. (1994). *Beyond individualism/collectivism: New cultural dimensions of values*.

Sage Publications, Inc.

Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18(8), 503.

Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37(3), 319-328.

Stach, M. (2011). Specifika české národní kultury. *EMI: Ekonomika Management Inovace*, 2011-01.

Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Portál.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychology*. New York: WW.

Sweet, J. J., Newman, P., & Bell, B. (1992). Significance of depression in clinical neuropsychological assessment. *Clinical Psychology Review*, 12(1), 21-45.

Tanskanen, A., Hibbeln, J. R., Tuomilehto, J., Uutela, A., Haukkala, A., Viinamäki, H., ... & Vartiainen, E. (2001). Fish consumption and depressive symptoms in the general population in Finland. *Psychiatric Services*, 52(4), 529-531.

Temple, S., & Geddes, J. (2008) Psychotherapy for depression: current empirical status and future directions. (ss. 507-515) V Tyrer, P., & Silk, K. R. (Eds.). *Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry*. Cambridge University Press.

Trompenaars, F., & Hampden-Turner, C. (2011). *Riding the waves of culture: Understanding diversity in global business*. Nicholas Brealey Publishing.

Tseng, P. T., Chen, Y. W., Tu, K. Y., Chung, W., Wang, H. Y., Wu, C. K., & Lin, P. Y. (2016). Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: a meta-analytic study. *European Neuropsychopharmacology*, 26(6), 1037-1047.

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. *Organization of memory*, 1, 381-403.

Twamley, E. W., Thomas, K. R., Burton, C. Z., Vella, L., Jeste, D. V., Heaton, R. K., & McGurk, S. R. (2017). Compensatory cognitive training for people with severe mental illnesses in supported employment: A randomized controlled trial. *Schizophrenia research*.

Veiel, H. F. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major

- depression. *Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 19(4), 587-603.
- von Helversen, B., Wilke, A., Johnson, T., Schmid, G., & Klapp, B. (2011). Performance benefits of depression: sequential decision making in a healthy sample and a clinically depressed sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 962.
- von Helversen, B., Wilke, A., Johnson, T., Schmid, G., & Klapp, B. (2011). Performance benefits of depression: sequential decision making in a healthy sample and a clinically depressed sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 962.
- Wallace, K. O. (2015). Art Therapy and Depression. In *There is No Need to Talk about This* (pp. 27-35). SensePublishers, Rotterdam.
- Watkins, E., & Brown, R. G. (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(3), 400-402.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (2002). Interpersonal psychotherapy for depression. *Handbook of depression*, 404-421.
- Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry research*, 218(1), 124-128.
- Witkin, H. A. (1967). A cognitive-style approach to cross-cultural research. *International Journal of Psychology*, 2(4), 233-250.
- Woo, Y. S., Rosenblat, J. D., Kakar, R., Bahk, W. M., & McIntyre, R. S. (2016). Cognitive deficits as a mediator of poor occupational function in remitted major depressive disorder patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 14(1), 1.
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- World Value Survey (2018). Data / Download. *World Value Survey*. [online 2018-03-7].  
Dostupné z: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

# Přílohy

## Příloha 1. Informovaný souhlas pro mexický vzorek

### *Carta de consentimiento informado para participación en protocolo de investigación*

Nombre del Proyecto: “Funciones Cognitivas en Pacientes Depresivos dentro de un Contexto Intercultural”

Yo ..... declaro haber leído y entendido lo siguiente:

Mediante el presente documento, declaro que he sido informado/a sobre el proyecto de investigación denominado como “Funciones Cognitivas en Pacientes Depresivos dentro de un Contexto Intercultural” y a su vez aclaro que:

- 1) Todas mis preguntas y dudas han sido resueltas a mi satisfacción. Asimismo, he entendido la información prevista en la “Carta sobre el Proyecto de Investigación”.
- 2) Estoy consciente que mi participación en la presente investigación es voluntaria y por ello comprendo y acepto que no es meritorio de remuneración económica o de cualquier tipo.
- 3) Estoy consciente que puedo retirar mi consentimiento en la participación en cualquier momento sin presentar causas y sin penalización.
- 4) Estoy consciente que mis datos personales están protegidos en todo momento mediante un contrato de confidencialidad.
- 5) He obtenido mi propio ejemplar de información para participantes con el formulario del consentimiento informado para participación en protocolo de investigación. Estando de acuerdo con lo anterior, doy mi consentimiento para participar en el proyecto “Funciones Cognitivas en Pacientes Depresivos dentro de un Contexto Intercultural”.

.....  
Nombre, apellidos, fecha, firma

.....  
Bc. Ivana Goláňová



## **Příloha 2. Informace pro pacienty pro mexický vzorek**

### ***Carta sobre el proyecto de investigación „Funciones cognitivas en pacientes depresivos en el contexto intercultural“***

Estimado señor, Estimada señora,

Le agradezco de antemano su participación voluntaria en la presente investigación, la cual, forma parte de mi tesis de fin de maestría en la Universidad Carolina de la República Checa que está siendo supervisada por PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D. Y que a su vez, forma parte de una investigación mayor actualmente llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental (Národní ústav duševního zdraví) que trata sobre cognición en pacientes con trastorno depresivo bajo el liderazgo del doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Objetivos: Medir su capacidad de resolución de tareas. Para conseguir este objetivo se usan distintas pruebas de carácter diferente – pruebas neuropsicológicas o pruebas de resolución de problemas.

El examen dura aproximadamente 90 minutos entre los cuales se le explicará el objetivo del proyecto, se llevará a cabo la entrevista de inclusión y se realizará el diagnóstico de las pruebas.

Riesgos y efectos indeseables de los procedimientos de investigación: El programa de investigación no conlleva ningún riesgo para la salud.

Beneficios de la participación: Ud. puede beneficiarse por el proporcionamiento de la retroalimentación sobre las pruebas utilizadas. Podemos proporcionarle a su vez sus resultados con el fin de que pueda comparar su rendimiento.

La participación en el proyecto de investigación es completamente voluntaria. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación, incluso antes de que comience, sin dar ninguna explicación.

Confidencialidad de los datos proporcionados por el participante: los datos sobre las personas incluidos en el proyecto de investigación son confidenciales. En caso de que llegasen a presentarse, no serán relacionados con los participantes en ninguna manera. La documentación del proyecto de investigación únicamente estará disponible para el promotor del proyecto de investigación.

Sobre preguntas de aspectos de investigación, Ud. puede contactar a la investigadora Bc. Ivana Golánová. [Ivana.Golanova@gmail.com](mailto:Ivana.Golanova@gmail.com)

### **Příloha 3. Screening pro mexický vzorek**

Déjeme hacerle unas preguntas para asegurarme que Ud. Es apto para este investigación:

1. ¿Ha tenido en los últimos 12 meses problemas con el uso excesivo o adicción al alcohol?	SÍ - NO	
2. ¿Ha tenido en los últimos 12 meses problemas con el uso excesivo o adicción a las drogas?	SÍ - NO	
3. ¿Ha usado en los últimos 12 meses algún tipo de medicinas de forma no moderada? ¿Cuál?	SÍ - NO	
4. ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad grave física? ¿Cuál?	SÍ - NO	
5. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones epilépticas?	SÍ - NO	
6. ¿Alguna vez ha estado inconsciente más de 5 minutos?	SÍ - NO	
7. ¿Sabe Ud. si tiene anormalidades de tiroideo? (SÍ = no curadas)	SÍ - NO	
8. MUJERES: ¿Está Ud. embarazada?	SÍ - NO	

Diagnóstico según el expediente del paciente:

## **Příloha 4. Expresivní psaní pro mexický vzorek**

### **Escritura expresiva**

Le queremos pedir que escriba, en los siguientes 20 minutos, sobre sus pensamientos y sentimientos más profundos acerca de cualquier evento difícil o emocionalmente inquietante que haya experimentado recientemente. El tema que está por escribir se puede asociar con experiencias estresantes o traumáticas en el pasado. Queremos que escriba libremente y sea lo más abierto posible en explorar sus emociones y pensamientos con el mayor detalle. El tema puede estar asociado con sus relaciones con otras personas incluyendo a sus padres, pareja, amigos o parientes. Si lo desea, puede relacionar sus experiencias con su pasado, presente o futuro, o con quien interactuó en el pasado, con quien quiere interactuar en el futuro o con quien está interactuando ahora. No se preocupe por la gramática o la ortografía, eso no es importante. Todo lo que escriba será absolutamente confidencial.

## Prólloha 5. PCQ a ARQ pro mexický vzorek

### Cuestionario de complejidad percibida de los problemas (PCQ)

La mayoría de las personas suele experimentar diferentes problemas en sus vidas (por ejemplo, en un asunto personal o vida de pareja, escuela, trabajo, etc.). Imagine los problemas que ha tenido durante **las últimas 2 semanas** y marque con un círculo el número correspondiente en cada una de las siguientes afirmaciones:

	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>Algo en desacuerdo</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1. Estos problemas son complicados.	1	2	3	4
2. Estos problemas son difícil de solucionar.	1	2	3	4
3. Debido a estos problemas tengo dilema.	1	2	3	4
4. Es difícil ver buenas soluciones a estos problemas.	1	2	3	4
5. Hasta ahora no sé como resolvería estos problemas.	1	2	3	4
6. Es difícil lidiar con estos problemas efectivamente.	1	2	3	4
7. Estos problemas han causado que me sienta confundido sobre lo que debo hacer.	1	2	3	4
8. No estoy seguro/a de como enfrentar estos problemas.	1	2	3	4

Coloque una "X" en todos los tipos de problemas que le han afectado en **las últimas dos semanas**. Por favor subralle aquellos por los cuales alcanzó a sentirse peor.

- \_\_\_\_\_ Problemas financieros.
- \_\_\_\_\_ Dificultades en la escuela.
- \_\_\_\_\_ Problemas en la vida de pareja.
- \_\_\_\_\_ La vida comenzó a desmoronarse de una manera que no entendí o que no pude controlar.
- \_\_\_\_\_ La enfermedad que padecí hizo que las cosas se volvieran más difíciles.
- \_\_\_\_\_ Fracase o fallé personalmente en algo que era importante para mí.
- \_\_\_\_\_ Ha pasado algo desagradable o embarazoso.
- \_\_\_\_\_ Cometí un error o tomé una mala decisión.
- \_\_\_\_\_ Tengo un dilema en el que ninguna de las soluciones que he pensado me parece buena.
- \_\_\_\_\_ Tengo problemas con alguien con quien quiero (o necesito) tener una buena relación.
- \_\_\_\_\_ Perdí a alguien o rompí con alguien que era importante para mí.
- \_\_\_\_\_ Tengo dificultad para manejar mis obligaciones o expectativas.
- \_\_\_\_\_ Existe el riesgo de que tenga problemas en el futuro cercano.
- \_\_\_\_\_ He tenido un problema que preferiría haber reservado para mí.
- \_\_\_\_\_ Algo sucedió, pero no está mencionado en esta lista.
- \_\_\_\_\_ En las últimas semanas no he tenido problemas ni estrés. (Si marca esta opción, no marque ninguna de las opciones anteriores.)

**Cuestionario de rumiación analítica (Analytical Rumination Questionnaire, ARQ)**

Durante las dos últimas semanas, cuando ha estado pensando en sus problemas, ¿con qué frecuencia ha estado haciendo lo siguiente?

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>
1. He intentado encontrar la respuesta a mis problemas.	1	2	3	4
2. He intentado encontrar la mejor solución para mi problema.	1	2	3	4
3. He intentado encontrar la forma de apegarme a mis metas.	1	2	3	4
4. He pensado en si algunas de las opciones que podía tomar solucionarían o empeorarían mi situación.	1	2	3	4
5. He pensado si mis posibles soluciones para un problema podrían empeorar mis otros problemas.	1	2	3	4
6. He intentado encontrar una meta o propósito que fuera significativo para mí.	1	2	3	4
7. He intentado descubrir lo que está mal en mi vida.	1	2	3	4
8. He intentado pensar profundamente en mis dificultades.	1	2	3	4
9. He pensado sobre mis posibilidades para averiguar mis problemas.	1	2	3	4
10. He pensado en todas las formas en las que mi vida se ha vuelto más difícil.	1	2	3	4
11. He pensado sobre todos los aspectos de mis problemas que necesito solucionar.	1	2	3	4
12. He intentado descubrir como evitar problemas futuros de la mejor forma posible.	1	2	3	4
13. He intentado entender el pasado y el presente.	1	2	3	4
14. He intentado aprender de mis errores.	1	2	3	4
15. He intentado entender porque tengo estos problemas.	1	2	3	4
16. He intentado averiguar cuales de mis problemas eran los más importantes y cuales debería resolver primero.	1	2	3	4
17. He intentado averiguar lo que hice mal.	1	2	3	4
18. He intentado ver lo mejor de la peor situación.	1	2	3	4
19. He intentado encontrar la mejor manera de solucionar un problema importante.	1	2	3	4
20. He pensado sobre lo que puedo hacer para evitar estos problemas.	1	2	3	4

## **Příloha 6. Zpětný překlad pro Expresivní psaní**

### **Expresivní psaní**

Rádi bychom Vás požádali o to, abyste v následujících 20 minutách napsal(a) o Vašich nejhlubších myšlenkách a pocitech týkajících se jakékoliv emocionálně náročné nebo znepokojivé situace, kterou jste zažil(a) v poslední době. Téma, o kterém budete psát, může být spojené se stresovými nebo traumatickými zážitky z minulosti. Rádi bychom, abyste psali volně a neomezeně a abyste byl(a) co nejotevřenější co se týče líčení Vašich emocí a myšlenek do detailu. Téma může být spojeno s Vašimi vztahy s jinými lidmi včetně Vašich rodičů, partnerů, přátel nebo příbuzných. Pokud chcete, můžete navázat dané zážitky s Vaší minulostí, přítomností nebo budoucností, nebo s osobami, se kterými jste byl(a) ve styku v minulosti, se kterými chcete být ve styku v budoucnu, nebo se kterými se setkáváte v přítomnosti. Neberte ohled na gramatiku a pravopis, na nich nezáleží. Vše, co napíšete, zůstane přísně důvěrné.

## Příloha 7. Zpětný překlad pro PCQ a ARQ

### Dotazník o vnímané komplexitě problémů (PCQ)

Většina lidí naráží během života na různé typy problémů (týkajících se například osobních záležitostí, partnerského vztahu, školy, práce atd.). Zamyslete se nad problémy, se kterými jste se setkal(a) během posledních 2 týdnů a zakroužkujte číslo odpovídající každému z následujících výroků.

	<i>Jednoznačně nesouhlasím</i>	<i>Spíše nesouhlasím</i>	<i>Spíše souhlasím</i>	<i>Jednoznačně souhlasím</i>
1. Tyto problémy jsou komplikované.	1	2	3	4
2. Tyto problémy jsou těžko řešitelné.	1	2	3	4
3. Kvůli těmto problémům mám dilema.	1	2	3	4
4. Je těžké si u těchto problémů představit správná řešení.	1	2	3	4
5. Zatím nevím, jak tyto problémy řešit.	1	2	3	4
6. Je těžké se s těmito problémy skutečně vypořádat.	1	2	3	4
7. Kvůli těmto problémům se cítím zmatený ohledně toho, co mám dělat.	1	2	3	4
8. Nevím jak těmto problémům čelit.	1	2	3	4

Připište "X" ke všem typům problémů se kterými jste se setkal(a) během **posledních dvou týdnů**. Podtrhněte prosím ty, kvůli kterým jste se cítili ještě hůře.

- ☐ Finanční problémy.
- ☐ Problémy ve škole.
- ☐ Problémy v partnerském vztahu.
- ☐ Život se mi začal bortit tak, že jsem to nechápal(a) nebo jsem nad tím neměl(a) kontrolu.
- ☐ Nemoc, které jsem podlehl, způsobila to, že se věci staly ještě složitější.
- ☐ Osobně jsem neuspěl nebo selhal v něčem, co pro mě bylo důležité.
- ☐ Stalo se něco nepříjemného nebo trapného.
- ☐ Udělal(a) jsem chybu nebo jsem učinil(a) špatné rozhodnutí.
- ☐ Mám dilema, ve kterém ani jedno z možných řešení mi nepřipadá dobré.
- ☐ Mám problémy s někým, s kým chci (nebo musím) mít dobré vztahy.
- ☐ Ztratil jsem někoho nebo jsem se rozešel(a) s někým pro mě důležitým.
- ☐ Těžko zvládám své povinnosti nebo svá očekávání.
- ☐ Existuje riziko, že budu mít v blízké budoucnosti problémy.
- ☐ Měl(a) jsem problém, který bych si býval(a) rád(a) nechal(a) pro sebe.
- ☐ Stalo se něco, co není na tomto seznamu.
- ☐ V posledních týdnech jsem se nesetkal(a) ani s problémy ani se stresem. (Pokud zaškrtnete tento výrok, nezaškrťte žádný z předchozích výroků).

**Dotazník o analytické ruminaci (Analytical Rumination Questionnaire, ARQ)**

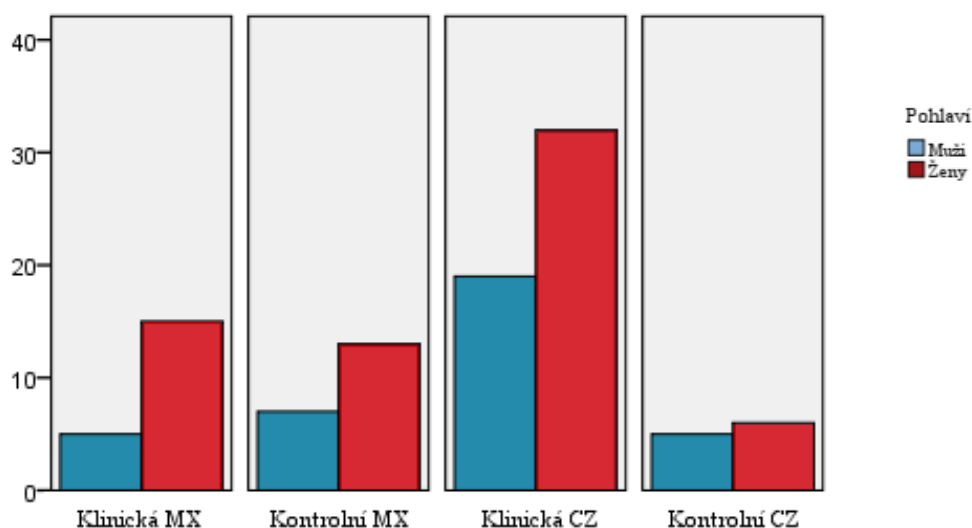
Když jste během posledních dvou týdnů přemýšlel(a) o svých problémech, jak často jste dělal(a) následující věci?

	<i>Nikdy</i>	<i>Občas</i>	<i>Často</i>	<i>Vždy</i>
1. Pokusila(a) jsem se najít odpověď na mé problémy.	1	2	3	4
2. Pokusil(a) jsem se najít nejlepší řešení pro mé problémy.	1	2	3	4
3. Pokusil(a) jsem se najít způsob, jak se držet svých cílů.	1	2	3	4
4. Zamyslel(a) jsem se, jestli by některé z možných rozhodnutí vyřešily nebo zhoršily moji situaci.	1	2	3	4
5. Zamyslel(a) jsem se, jestli by má možná řešení jednoho problému mohly zhoršit mé další problémy.	1	2	3	4
6. Pokusil(a) jsem se najít cíl nebo záměr, který by měl pro mě význam.	1	2	3	4
7. Pokusil(a) jsem se zjistit co je v mém životě špatně.	1	2	3	4
8. Pokusil(a) jsem se hluboce zamyslet nad mými potížemi.	1	2	3	4
9. Zamyslel(a) jsem se o možnostech vyřešení mých problémů.	1	2	3	4
10. Přemýšlel(a) jsem o všech způsobech kterými se mi ztížil život.	1	2	3	4
11. Přemýšlel(a) jsem o všech aspektech mých problémů, které musím řešit.	1	2	3	4
12. Pokusil jsem se zjistit, jak se nejlépe vyhnout budoucím problémům.	1	2	3	4
13. Pokusil(a) jsem se pochopit minulost i současnost.	1	2	3	4
14. Pokusil(a) jsem se ponaučit z mých chyb.	1	2	3	4
15. Pokusil(a) jsem se pochopit proč mám tyto problémy.	1	2	3	4
16. Pokusil(a) jsem se zjistit které z mých problémů byly nejdůležitější a které bych měl(a) řešit nejdříve.	1	2	3	4
17. Pokusil(a) jsem se zjistit co jsem udělal(a) špatně.	1	2	3	4
18. Pokusil(a) jsem se vidět to nejlepší z té nejhorší situace.	1	2	3	4
19. Pokusil(a) jsem se najít nejlepší způsob, jak vyřešit důležitý problém.	1	2	3	4
20. Přemýšlel(a) jsem nad tím co můžu udělat, abych se vyhnul(a) těmto problémům.	1	2	3	4

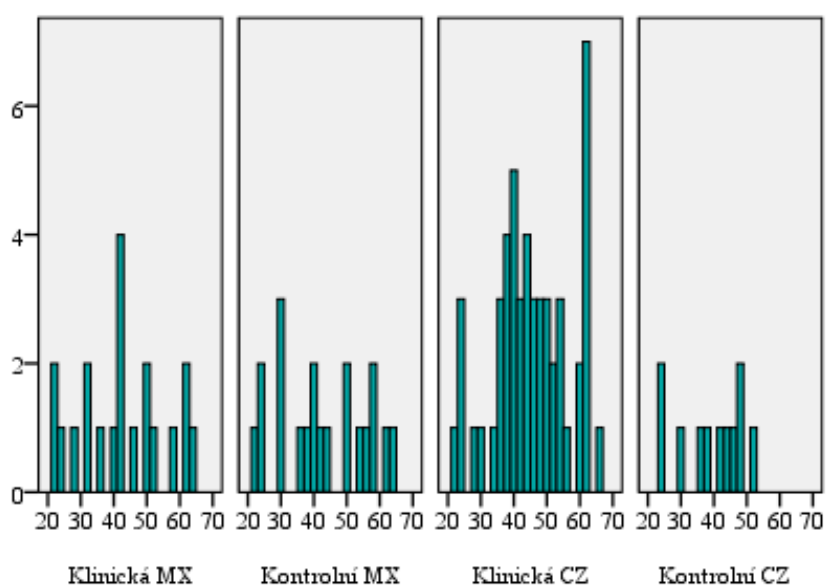


## Příloha 8. Demografické grafy

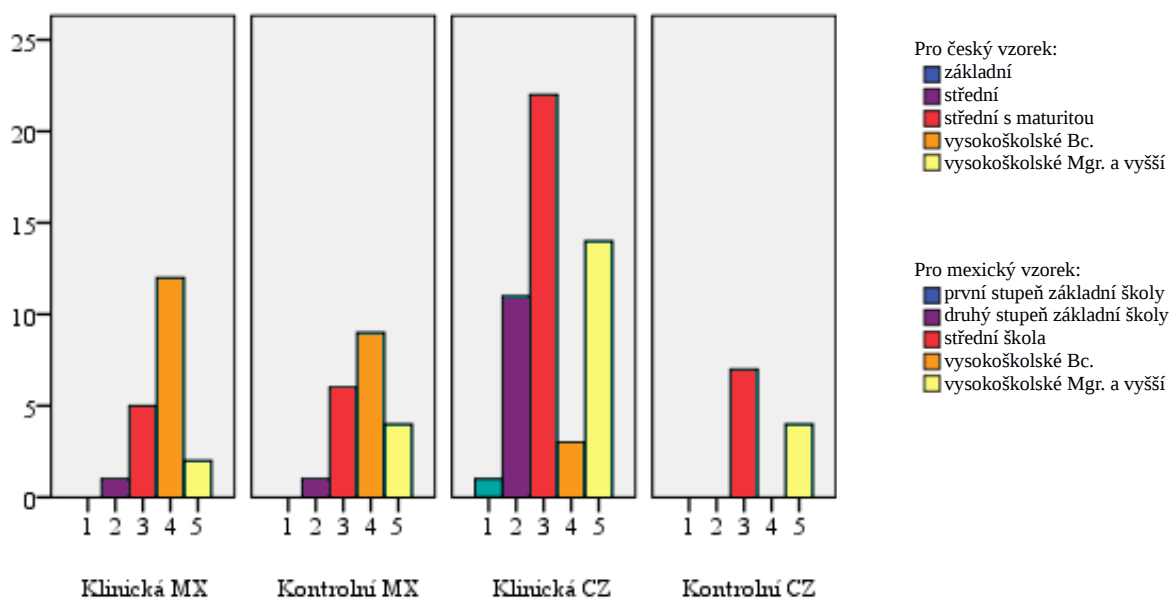
**Graf 1.** Histogram zobrazující rozložení pohlaví u klinických a kontrolních skupin v obou kulturách.



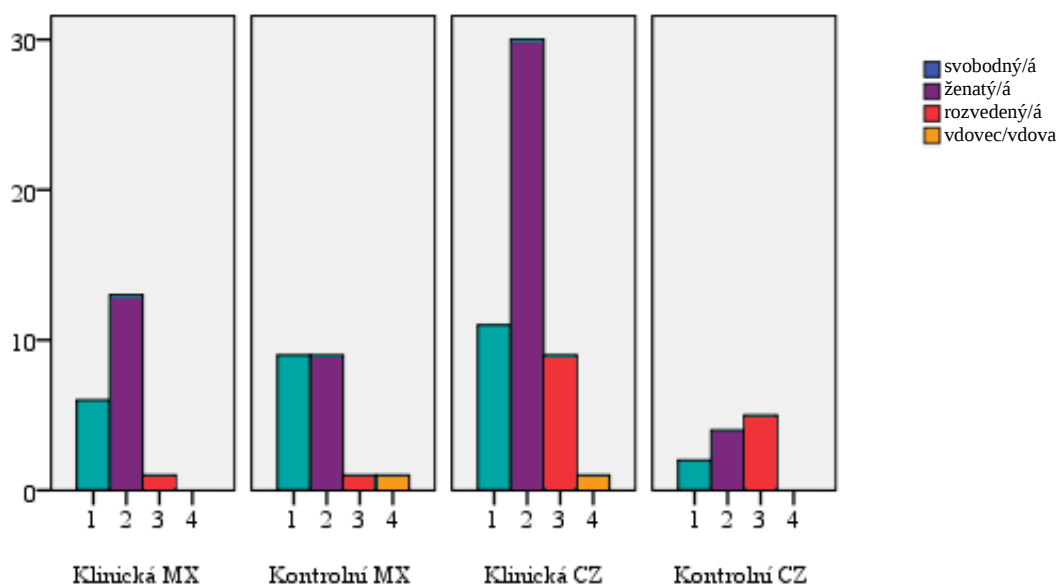
**Graf 2.** Histogram zobrazující rozložení věku u klinických a kontrolních skupin v obou kulturách.



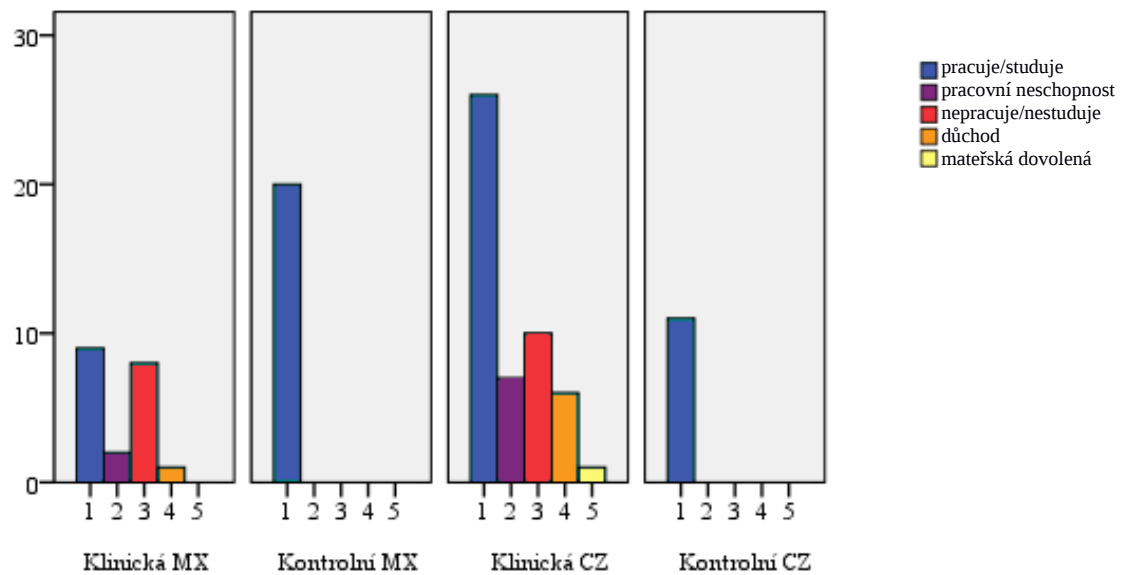
**Graf 3.** Histogram zobrazující rozložení vzdělání u klinických a kontrolních skupin v obou kulturách.



**Graf 4.** Histogram zobrazující rozložení stavu u klinických a kontrolních skupin v obou kulturách.



**Graf 5.** Histogram zobrazující rozložení pracovního zařazení u klinických a kontrolních skupin v obou kulturách.



## Příloha 9. Analýza výsledků testem Mann-Whitney zvlášť pro oba vzorky

Český vzorek	Klinická (N = 51)		Kontrolní (N = 11)		Mann-Whitney			r
	M	SD	M	SD	U	Z	p	
MADRS <sup>a</sup>	28.56	6.98	1.09	1.64	8	-5.020	<.001**	.638
koncentrace	3.04	1.11	0.36	1.21	55	-4.294	<.001**	.545
suicidium	2.00	1.46	0.00	0.00	44	-4.451	<.001**	.565
BDI-II	31.76	12.07	2.64	3.41	3	-5.117	<.001**	.650
koncentrace	1.61	0.67	0.18	0.60	49	-4.630	<.001**	.588
rozhodování	1.73	0.96	0.09	0.30	43	-4.531	<.001**	.575
suicidium	0.82	0.68	0.00	0.00	82.5	-4.108	<.001**	.522
RAVLT I	5.98	1.67	7.45	0.69	112	-3.157	.002**	.401
RAVLT V	11.96	2.95	13.36	1.29	207	-1.292	.196	.164
RAVLT B	5.12	1.66	6.91	2.12	141.5	-2.539	.011*	.322
RAVLT VI	10.74	2.89	11.36	4.03	209	-1.246	.213	.158
RAVLT I-V	48.74	10.01	76.36	6.52	0	-5.167	<.001**	.656
RAVLT 30	10.00	3.54	11.73	4.22	178	-1.829	.067	.232
RAVLT rekognice	13.12	3.79	14.18	0.98	271	-0.083	.934	.011
RAVLT falešně	2.04	2.63	0.45	0.69	189	-1.716	.086	.218
TMT A	39.51	14.88	28.55	6.88	136	-2.665	.008**	.338
chyby	0.04	0.20	0.00	0.00	269.5	-0.662	.508	.084
TMT B	90.73	35.56	71.18	23.16	183.5	-1.788	.074	.227
chyby	0.39	0.75	0.36	0.51	263.5	-0.394	.693	.050
PCQ	30.73	7.09	14.91	5.41	32.5	-4.575	<.001**	.581
ARQ	51.67	10.86	33.64	10.38	67.5	-3.928	<.001**	.499

\*p<0,05; \*\*p<0,01; <sup>a</sup>MADRS pro klinickou skupinu CZ N=50

Mexický vzorek	Klinická (N = 20)		Kontrolní (N = 20)		Mann-Whitney			r
	M	SD	M	SD	U	Z	p	
MADRS <sup>a</sup>	24.70	7.55	2.85	2.39	0	-5.240	<.001**	.828
koncentrace	2.50	1.15	0.35	0.49	30.5	-4.764	<.001**	.753
suicidium	1.65	1.35	0.00	0.00	40	-4.908	<.001**	.776
BDI-II	33.85	9.76	4.50	3.38	0	-5.419	<.001**	.857
koncentrace	1.50	0.76	0.25	0.44	42.5	-4.539	<.001**	.718
rozhodování	2.00	0.92	0.10	0.31	16	-5.314	<.001**	.840
suicidium	0.75	0.79	0.00	0.00	80	-4.052	<.001**	.641
RAVLT I	4.85	1.81	6.35	2.06	114	-2.371	.018*	.375
RAVLT V	11.10	2.45	12.50	1.28	131	-1.896	.058	.300
RAVLT B	4.15	1.73	5.90	1.89	92.5	-2.943	.003**	.465
RAVLT VI	9.80	2.67	10.40	2.50	173.5	-0.723	.470	.114
RAVLT I-V	42.00	10.41	50.85	6.36	103.5	-2.615	.009**	.413
RAVLT 30	9.50	2.59	10.55	2.37	157	-1.172	.241	.185
RAVLT rekognice	13.90	1.48	14.10	1.17	192.5	-0.219	.827	.035
RAVLT falešně	3.50	3.43	2.60	4.04	166	-0.938	.348	.148
TMT A	33.00	9.88	26.75	7.67	122.5	-2.101	.036*	.332
chyby	0.05	0.22	0.00	0.00	190	-1.000	.317	.158
TMT B	81.60	29.88	58.80	11.69	87.5	-3.045	.002**	.481
chyby	0.40	0.68	0.10	0.31	158	-1.632	.103	.258
PCQ	33.00	10.51	16.60	4.72	27.5	-4.835	<.001**	.764
ARQ	58.85	10.17	55.75	10.87	184	-0.434	.665	.069

\*p<0,05; \*\*p<0,01